BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE D'ARCET, 7.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. LES PROFESSEURS

BOUCHARDAT
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine
Membre du Conseil d'hygiène
Membre de l'Académie de médecine

BÉHIER
Professeur de clinique médicale à la Faculté
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine

DOLBEAU
Professeur de pathologie externe à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Le Docteur DUJARDIN-BEAUMETZ

MÉDECIN DES HÔPITAUX

TOME QUATRE-VINGT-DIXIÈME

PARIS

DOIN, ADMINISTRATEUR GÉRANT

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 2, RUE ANTOINE-DUBOIS

—

1876

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Nouvelles observations sur le traitement curatif de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine ;

Par M. le docteur Auguste VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

Depuis la publication de mon premier mémoire sur le traitement de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (1), j'ai persévéré dans cette voie thérapeutique. Si j'ai la conscience de m'être rendu utile à quelques malades, je considère qu'il est de mon devoir de faire participer mes confrères aux avantages de cette médication. Tel est le but de ce nouveau mémoire.

I. Les cas les plus nombreux que j'ai eu à traiter ont été des cas de folie lypémaniaque avec hallucinations (*première catégorie*); ce sont ceux qui m'ont donné les résultats les plus satisfaisants. Les conséquences de cette facilité relative à atténuer et à guérir les hallucinations peuvent devenir considérables, car il est bien peu d'aliénés qui n'aient pas d'hallucinations, et il en est peu aussi dont la maladie ne soit provoquée et entretenue par l'hallucination.

La guérison de ce phénomène est le plus souvent rapidement obtenue, dans les cas récents, avec des doses faibles, mais il est nécessaire d'employer parfois des doses très-élevées, lorsqu'il est d'ancienne date.

La résistance à l'action physiologique et thérapeutique du chlorhydrate de morphine est quelquefois alors surprenante ; ainsi j'ai donné jusqu'à 70 centigrammes du médicament sans

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. LXXXVI, année 1874, p. 49.

produire aucun effet, alors même que les aliénés chroniques étaient chétifs et maigres.

Cette résistance est telle que j'ai fait maintenant entrer dans ma pratique le principe de pratiquer la transfusion du sang à ces malades, avant d'instituer le traitement morphinique, et c'est seulement lorsque leur santé physique est amendée que la morphine détermine des effets thérapeutiques ; avant cela, l'insuccès est la règle. Cette résistance à la médication a été remarquable chez une dame anglaise (obs. V). Il m'a fallu pousser la dose jusqu'à 1g,50 par vingt-quatre heures en injections sous-cutanées, pour produire des phénomènes physiologiques et thérapeutiques qui ont abouti à la guérison. Mais les phénomènes physiologiques n'ont pas même été intenses, car ils se sont bornés à des nausées, à quelques vomissements et à de la somnolence.

Ce cas a été le seul dans lequel j'aie fait usage de doses si élevées ; je me suis demandé si cette tolérance n'était pas affaire de race.

J'ai noté qu'au lieu de présenter de la résistance à l'action physiologique du médicament, certains malades offraient, au contraire, une intolérance extrême qui se manifeste par des vomissements incoercibles, une inappétence absolue, une faiblesse considérable et de l'amaigrissement. J'ai eu beau suspendre, ou diminuer la médication, et la reprendre en n'employant que de faibles doses de 1 centigramme par jour, en deux fois ; l'intolérance a persisté, malgré que les malades fussent atteints entre autres de névralgies intenses, cause de conceptions délirantes.

Je crois maintenant pouvoir expliquer ces faits d'intolérance parce que j'avais affaire à des vésanies et à des névralgies de nature congestive. En effet, ainsi que je l'ai dit dans mon premier mémoire (1), l'état congestif est une contre-indication absolue à l'emploi des opiacés, et malheureusement il est difficile de reconnaître une méningo-encéphalite à sa période prodromique et quelquefois même à la première période. La difficulté est quelquefois insurmontable.

L'action négative de la morphine m'a servi plusieurs fois de pierre de touche pour le diagnostic et m'a fourni l'explication de l'intolérance de certains malades pour la morphine.

---

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1875: Du traitement curatif de la folie par le chlorhydrate de morphine.

Je croirais donc volontiers que toute vésanie qui résiste à l'opium est de nature congestive et que, dans les cas où l'on pense que la congestion n'est que secondaire, qu'elle est, par exemple, la suite d'une excitation cérébrale intense, il est d'une bonne thérapeutique d'employer un traitement anticongestif avant de combattre l'état nerveux par des préparations morphiniques.

II. La *deuxième catégorie* comprend des aliénés dont la folie était compliquée de démence, d'amnésie, et qui ont guéri. Il m'a paru très-satisfaisant d'obtenir ce résultat alors que la perte de mémoire est considérée, à bon droit, comme un des plus fâcheux signes pronostiques. Les photographies de la malade Bell... (obs. XVII) montrent les transformations que peut subir la physionomie d'une aliénée par le fait de son affection.

Une de ces malades a même guéri malgré son délire de richesses et de satisfaction.

III. Je me suis bien trouvé dans ces cas et dans ceux de folie générale (*troisième catégorie*), d'employer, dès le début du traitement, des vésicatoires à l'occiput et à la nuque préalablement rasés, afin de faire disparaître toute trace de congestion primitive ou consécutive à la névrose. Je me suis assuré d'ailleurs par des coupes fines de l'occipital et par l'examen des méninges cérébrales que les vésicatoires appliqués dans cette région font un appel important de sang à la périphérie du crâne, appel qui débarrasse la partie centrale atteinte.

IV. Il était intéressant de montrer, dans la *quatrième catégorie*, que les aliénés considérés comme les plus difficiles à guérir, les lypémaniaques gémisseurs, peuvent guérir par la morphine.

V. J'ai réuni, dans la *cinquième catégorie*, trois cas de folie névropathique compliquée de dipsomanie qui ont très-facilement cédé au médicament.

VI. Dans la *sixième catégorie*, j'ai réuni :

1° Une observation de folie hystérique suraiguë avec délire général et hallucinations que j'ai pu guérir en quatre jours ;

2° Une seconde observation de folie de longue date causée par une névralgie vulvaire et clitoridienne, considérée comme incurable ;

3° Un cas de folie déterminée par des névralgies viscérales et ganglionnaires ;

4° Un fait de folie hypochondriaque.

VII. La *septième catégorie* renferme deux observations de folie

puerpérale dont l'une était compliquée de délire de grandeur et de richesse. Les deux malades ont guéri. J'ai ajouté à cette série d'observations de malades guéris le fait d'une femme âgée, dont la folie chronique consistait en incohérences, en actes déraisonnables (chiffonnage, etc.) et qui a guéri avec des doses de 75 centigrammes et plus.

J'ai constaté un fait intéressant chez une dame que j'avais déjà guérie par la morphine. Elle a présenté, deux jours après une émotion très-grande, tous les signes d'un nouvel accès de mélancolie avec sthénie du pouls. La médication morphinique que j'ai employée aussitôt, à la dose de 5 centigrammes par jour, a déterminé un développement du pouls, une sueur abondante, de la rougeur intense de la face et a guéri la mélancolie le troisième jour.

Cette action de la morphine sur la circulation que j'observe chez tous les aliénés qui guérissent est intéressante à faire ressortir à propos d'un cas où la folie a été arrêtée dès le début.

La pratique que j'ai acquise m'a de plus en plus convaincu que la guérison de toute hallucination est possible lorsqu'elle ne remonte pas à un grand nombre d'années, et que d'ailleurs on peut toujours modérer les conséquences des hallucinations les plus anciennes, c'est-à-dire diminuer l'agitation, les gémissements, les cris, l'insomnie de ces malheureux malades.

Il faut ordinairement employer chez eux des doses de 40 centigrammes et plus atteintes progressivement.

Un dernier point intéressant est relatif à l'influence rapide du traitement sur la lypémanie accompagnée de cyanose. L'observation XV en est un exemple. C'est par son action sur la sthénie du système artériel que la morphine me paraît alors agir en facilitant la nutrition de la substance nerveuse, et en faisant disparaître ou diminuer l'anémie et la dyscrasie.

VIII. La longue durée du traitement de quelques-uns de mes malades et la grande quantité de chlorhydrate de morphine employée m'ont suggéré à un certain moment la crainte que les globules du sang n'en fussent altérés ou diminués, et qu'il ne survînt, par conséquent, un état d'anémie qui serait préjudiciable à la santé physique de ces aliénés.

J'ai fait, dans l'intention de m'éclairer, un certain nombre d'examens de leur sang au moyen de l'hématimètre de Hayem et Nachet.

Voici le résumé d'observations pratiquées sur ceux de ces malades chez lesquels la durée du traitement a varié de huit mois à deux ans. J'y ai joint les doses maximum employées.

L'examen a été fait pendant l'usage de ces fortes doses. La numération des globules a été faite d'après une moyenne de trois observations simultanées.

			Quantité des globules rouges dans 1 millim. cube.
Ban...	Dose maximum pendant un an.....	0,44	3,765,000
Boi...	Dose maximum pendant deux ans...	0,60	4,769,000
Hild...	Dose maximum pendant quinze mois..	0,88	5,145,000
Duf...	Dose maximum pendant six mois...	0,78	4,450,000
Langl..	Dose maximum pendant dix-huit mois.	0,48	4,769,000

Ainsi qu'on peut en juger, mes craintes étaient vaines. Le chiffre des hématies reste dans une bonne moyenne alors que la dose du chlorhydrate de morphine est très-élevée. Ce résultat est d'ailleurs conforme aux remarques que j'ai faites sur l'apparence extérieure de ces malades qui guérissent. Il est de règle que le teint s'éclaireit alors, que la face devient rose et claire, que le corps prend du poids et de l'embonpoint et que, chez la femme, les règles réapparaissent.

Le chlorhydrate de morphine ne produit donc aucun effet défavorable sur la crase du sang; l'état de folie chronique, au contraire, a une action destructive sur les hématies. Les examens que j'ai faits avec l'hématimètre m'ont en effet appris que la proportion des hématies diminuait notablement dans la folie chronique et qu'il n'est pas rare de ne trouver dans cet état que 3 200 000 à 3 500 000 hématies par millimètre cube.

1re CATÉGORIE. — *Folie lypémaniaque avec hallucinations.* — Les quatorze observations suivantes montrent suffisamment à quel point le traitement par la morphine permet au médecin de se rendre maître des hallucinations. Je ne puis m'expliquer comment Morel a pu poser en principe qu'il suspendait l'usage de l'opium lorsque des dispositions hallucinatoires se produisaient.

C'est, au contraire, une des particularités les plus intéressantes de ce traitement de pouvoir guérir ou toujours diminuer les hallucinations et les troubles secondaires qui en sont la conséquence.

OBS. I. — ***Folie lypémaniaque chez une femme de cinquante-quatre ans; état de cachexie intense, hallucinations; tentatives de suicide; guérison par la morphine.*** — La nommée B..., âgée de cinquante-quatre ans, pâtissière,

est entrée dans mon service le 27 mars 1874, atteinte de folie névropathique avec hallucinations et troubles de la sensibilité, et dans un état d'anémie chronique et de maigreur intense.

Traits réguliers, face pâle; asymétrie des oreilles; sens normaux; bourdonnements d'oreille; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; parole lente : sensibilité à la douleur normale; maigreur; sueurs nocturnes; mémoire nette. Elle a des hallucinations de la vue; elle voit des enfants et des fantômes; elle entend des voix qui la dirigent et lui disent qu'elle a été choisie pour relever le monde; elle éprouve une sensation de balancement, comme si elle volait dans l'air.

Ses filles m'apprennent que la maladie date d'un an, qu'elle a commencé par de la céphalalgie, de l'agitation, des tentatives de suicide, des idées de persécution et d'empoisonnement.

Vu son état d'anémie elle est soumise à un régime fortifiant; pilules de lactate de fer; vin de quinquina et bains sulfureux.

Le 16 avril. — L'état restant le même, je commence le traitement par la morphine à la dose de 3 milligrammes (matin et soir). La malade se refusant de prendre des pilules de fer, je lui avais fait plusieurs injections sous-cutanées de solutions au vingtième de sulfate de fer qui avaient amené des vomissements alimentaires pendant plusieurs heures.

16 avril. — 18 milligrammes.

11 mai. — 13 centigrammes le matin et le soir; même délire.

5 juin. — 13 centigrammes, même dose, pas d'amélioration mentale.

23 juin. — 16 centigrammes et demi.

5 juillet. — 19 centigrammes et demi.

17 juillet. — Même anxiété, 22 centigrammes et demi.

26 juillet. — Les hallucinations augmentent, agitation; 26 centigrammes.

31 juillet. — Excessivement agitée, 32 centigrammes et demi, pas d'effets physiologiques.

5 août. — 35 milligrammes le matin.

17 août. — Même état mélancolique, mais moins d'agitation; 32 centigrammes matin et soir. Effets hypnotiques. L'état physique est amélioré.

4 septembre. — 13 centigrammes. La diminution brusque de la dose n'amène pas de malaise ni d'excitation.

16 septembre. — Même dose de 13 centigrammes; est calme; a une notion vague de son état d'anxiété passée.

4 octobre. — Même dose. Un peu d'amélioration.

13 octobre. — 96 milligrammes (toujours matin et soir).

8 novembre. — 64 milligrammes.

6 décembre. — 32 milligrammes, amélioration très-prononcée.

25 décembre. — 18 milligrammes et 9 centigrammes dans du vin. Va très-bien; reconnaît avoir eu la tête dérangée.

29 décembre. — Cessation des injections.

La guérison est complète en février, et elle retourne dans sa famille, où elle continue de prendre 3 centigrammes par jour en une pilule.

Obs. II. — *Folie lypémaniaque, tentative de suicide; guérison par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.* — La nommée B..., âgée de trente-quatre ans, blanchisseuse, est entrée dans mon service le 16 mars 1874, dans un état de folie lypémaniaque caractérisée par des idées de persécution, stupeur, spasmes, douleurs générales et une tentative de suicide dans un puits.

Physionomie triste ; traits réguliers ; vue normale ; pupilles égales ; léger strabisme interne de l'œil gauche ; diminution de l'ouïe à gauche ; diminution de l'odorat ; pas de tremblement de la langue ni des lèvres ; pas de goître ; force musculaire normale ; pas d'anesthésie ni d'hypéresthésie ; refus d'aliments. Elle s'accuse d'avoir fait du mal, c'est dans la crainte d'être condamnée qu'elle s'est jetée dans un puits.

Hallucinations de l'ouïe probables.

La maladie a commencé à la suite de chagrins de cœur et de contrariétés, par des douleurs générales et de la céphalalgie.

Elle a presque conscience de son état de maladie. Contusions sur le corps, à la région lombaire, et plaie contuse au genou gauche.

18 mars. — Enveloppement dans le drap mouillé et commencement des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, à la dose de 3 milligrammes.

1er avril. — 64 milligrammes ; le traitement est interrompu par suite de complications survenues dans l'état du genou ; hydarthrose et abcès de la jambe.

6 mai. — La malade nous revient de l'infirmerie générale dans le même état mental. Le traitement est repris, 3 milligrammes.

12 mai. — 25 milligrammes le matin et le soir.

31 mai. — 13 centigrammes le matin ; n'a pas encore été impressionnée par le médicament.

6 juin. — 14 centigrammes et demi le matin. Même état de mélancolie avec stupeur.

13 juin. — Nausées, 19 centigrammes et demi le matin.

6 juillet. — 26 centigrammes le matin.

25 juillet. — Commence à travailler, 36 centigrammes le matin.

10 août — 39 centigrammes le matin, 19 centigrammes le soir.

22 août. — Est calme, raisonnable, 39 centigrammes le matin, 19 centigrammes le soir.

28 août. — La physionomie est éveillée, le regard net, 33 centigrammes le matin, 19 centigrammes le soir.

9 septembre. — A beaucoup vomi ; 27 centigrammes et demi, 19 centigrammes le soir.

12 septembre. — A été très-vivement impressionnée par le médicament ; 13 centigrammes le matin, 19 centigrammes le soir.

1er octobre. — 9 centigrammes et demi le matin, 13 centigrammes le soir.

6 octobre. — Mémoire très-nette. Elle me dit qu'elle n'entendait pas de voix, mais qu'elle interprétait mal ce qu'on disait. 7 centigrammes le matin, 13 centigrammes le soir. Se plaint d'avoir mal aux nerfs le matin, avant l'injection. Une pilule de 2 centigrammes de morphine prise en se levant fait disparaître ce malaise.

18 octobre. — 32 milligrammes le matin, 50 milligrammes le soir.

28 octobre. — Cessation du traitement et le 31 la malade sort guérie, après m'avoir raconté les détails de sa maladie.

Je l'ai revue, le 17 mai 1875, bien portante.

OBS III. — *Folie lypémaniaque, troubles de la sensibilité générale ; névralgies ; guérison par la morphine.* — La nommée G..., âgée de cinquante-cinq ans, cuisinière, est entrée dans mon service le 12 mars 1874, atteinte de folie lypémaniaque en rapport avec des troubles de la sensibilité générale,

Physionomie ennuyée ; traits réguliers ; les sens paraissent normaux ; pupilles égales, contractiles. Tremblement bilatéral de la langue ; diminution de la sensibilité au pincement et au chatouillement, notable surtout à la main et à l'avant-bras gauches.

Elle nous raconte qu'elle a ressenti des piqûres dans le dos, comme si elle avait un morceau de vitre dans la peau. Elle savait bien que cela n'était pas réel ; mais pour elle, c'est comme si cela était.

Elle a éprouvé d'autres sensations analogues, il lui a semblé qu'on la frappait. Se plaint de douleur au coude gauche.

Elle est très-agitée, crie, chante, fait de grands gestes, des grimaces ; mais il est impossible de déterminer la nature de son délire.

18 mars. — Injections sous-cutanées à la jambe de 16 milligrammes (matin et soir).

22 mars. — 96 milligrammes, vomissements.

23 mars. — Accès hystérique caractérisé par de la suffocation, gonflement du cou, mouvements désordonnés, sans perte de connaissance ni dilatation pupillaire.

24 mars. — 13 centigrammes (matin et soir).

3 avril. — 26 centigrammes ; plus calme, pas d'effets physiologiques du médicament.

8 avril. — Même dose, salivation assez abondante.

18 avril. — Se plaint de douleur à la région épigastrique gauche ; 324 milligrammes au bras et 24 milligrammes à la région sous-claviculaire gauche (matin et soir).

23 avril. — La physionomie est améliorée, mais toujours larmoyante ; 324 milligrammes amènent de la somnolence.

27 avril.—Elle dit ne plus entendre de voix. 308 milligrammes ; le matin, avant l'injection, elle est anxieuse et se sent courbaturée; 8 centigrammes en solution dans du vin.

31 mai. — 356 milligrammes. Son état s'améliore un peu.

17 juin. — 26 centigrammes.

21 juin. — 19 centigrammes et demi.

2 juillet. — 13 centigrammes.

18 juillet. — 64 milligrammes.

31 juillet. — 32 milligrammes.

21 août. — Cessation du traitement.

15 novembre 1874. — Elle sort guérie, retourne en Suisse.

J'ai su en juillet 1875 qu'elle allait bien.

Obs. IV. — *Folie lypémaniaque datant d'un an ; hallucinations, tentative de suicide ; guérison par les injections sous-cutanées de morphine.* — La nommée D..., âgée de cinquante-cinq ans, domestique, est entrée dans mon service, le 14 février 1875.

Traits réguliers, pupilles égales, moyennes, sens normaux ; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres ; parole nette ; pas de goître ; pas d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. Pas de menstruation depuis un an. Bruit de souffle doux, musical, au premier temps et à la base du cœur se prolongeant dans les carotides; pas de troubles de la mémoire. Insomnie. Elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

Elle a presque conscience de son état.

Elle porte à la tête, région pariétale droite, cinq à six plaies, suppurées, dirigées d'arrière en avant, qu'elle s'est faites avec une hachette.

Sa fille m'apprend que la maladie a commencé, il y a un an, à la suite de chagrins, par de la tristesse, de l'insomnie et un changement dans le caractère, qui est devenu méchant. Elle a été très-excitée à plusieurs reprises, et c'est dans un de ces accès qu'elle a tenté de se suicider.

19 février. — Commencement du traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine à la dose de 3 milligrammes et demi le matin, mêmes doses le soir que le matin.

25 février. — 16 milligrammes, vomissements à diverses reprises.

9 mars. — 10 milligrammes le matin. Elle n'entend plus de voix.

13 mars. — Elle n'a que des idées confuses sur sa tentative de suicide, et attribue son excitation à un médicament qu'on lui a fait prendre ; 10 milligrammes le matin.

21 mars. — 13 milligrammes le matin. Mêmes doses jusqu'au 13 mai. A cette date, elle a parfaitement conscience de son état, et m'explique que c'est par suite de chagrins qu'elle a voulu se tuer.

3 juillet. — Légère excitation, 19 milligrammes le matin.

12 juillet. — L'excitation continue; 32 milligrammes et demi le matin.

21 juillet. — L'agitation a presque cessé, physionomie plus calme ; 13 milligrammes le matin.

3 août. — 7 milligrammes le matin.

22 août. — Son état est assez satisfaisant pour lui permettre de retourner dans son pays.

Elle reconnaît bien qu'elle était malade lorsqu'elle a tenté de se suicider.

Obs. V. — *Folie lypémaniaque avec hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, frayeurs; onanisme effréné; guérison par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine portées à la dose de 1g,50 par jour.* — Mme P..., âgée de vingt-six ans, d'origine anglaise, est confiée à mes soins le 14 mars 1875. A toujours été très-nerveuse, originale ; depuis plus de deux ans elle parlait d'une façon singulière et avait des idées de persécution, que son mari ne s'expliquait pas. Père et mère nerveux. Elle a déjà eu trois enfants qu'elle a nourris, et en a été très-fatiguée. Est accouchée d'un quatrième le 24 novembre dernier. Elle s'est épuisée à le nourrir.

Un délire aigu est survenu le 31 janvier, et a été accompagné d'hallucinations de l'odorat, de la vue et de l'ouïe. Elle voyait autour de sa maison une armée de soldats qui tiraient des coups de fusil, qui allaient la brûler. Elle sentait l'odeur du feu.

L'état est resté le même jusqu'au 14 mars. Elle m'est amenée très-anxieuse, pleurant, ayant peur.

Elle ne mange presque plus depuis le début, a beaucoup maigri.

Elle se livre à l'onanisme avec frénésie, a des gestes indécents. Hallucinations presque continuelles, voit du feu, entend des voix qui disent que son mari et ses enfants sont morts. Pleure, ne veut pas s'habiller, frappe lorsqu'on la contrarie. Aucun signe de paralysie générale.

Maigreur notable, apparence fatiguée, yeux cernés.

J'essaye pendant un mois, sans succès, un traitement par du vin morphinique à la dose de 25 à 30 centigrammes.

15 août. — Début du traitement par les injections sous-cutanées de morphine. Dose initiale, 6 milligrammes (matin et soir).

21 août. — N'a pas été calme. La dose est arrivée à 6 centigrammes donnés en deux fois. Cette dose donne un état de somnolence très-léger. Elle s'est réveillée assez calme, ses hallucinations ne l'excitent plus autant.

Elle demande qu'on lui explique pourquoi elle souffre pour tout le monde. « Ecoutez, dit-elle, tout le monde meurt. » Elle nous assure qu'elle a de belles choses, de bellos maisons, de beaux enfants, de belles robes.

1er mai. — La dose est arrivéo à 30 centigrammes par jour, en injections sous-cutanées. Autant d'hallucinations, mais elles l'impressionnent moins.

14 mai. — La dose est arrivée à 75 centigrammes donnés en deux fois. La malade n'a ni nausées ni vomissements. Même état, hallucinations. Dort peu la nuit; ploure.

20 mai. — La dose est arrivée progressivement à 1g,10. Pas d'autre effet physiologique qu'un peu d'abattement et de somnolence de peu de durée. L'état d'anxiété reparaît rapidement; les hallucinations sont intenses par moments.

29 mai. — A eu beaucoup de diarrhée; commence à avoir de la rougeur de la face après les injections et par moments s'endort après. Le soir, elle vomit à plusieurs reprises. Dose de 1g,15 en trois fois.

30 mai. — A eu moins d'hallucinations.

2 juin. — Elle a commencé à travailler; a encore des hallucinations de l'ouïe. L'état mental est satisfaisant; le caractère est meilleur; dose: 1g,20.

3 juin. — Transpiration abondante de la face et des mains. Même dose.

4 juin. — A beaucoup pleuré, a paru effrayée. Dose : 1g,25.

5 juin. — A eu des hallucinations. Dose : 1g, 26 (toujours en deux fois).

9 juin. — Sueurs abondantes; est calme; moins hallucinée. Même dose.

10 juin. — Est encore anxieuse par moments. Dose: 1g,28.

20 juin. — L'amélioration a continué; pleure moins. Dose: 1g,35.

22 juin. — A encore quelques hallucinations; salivation abondante. Dose: 1g,40. La dose est poussée jusqu'à 1g,50 le 2 juillet et maintenue stationnaire jusqu'au 15 juillet.

20 juillet. — L'état hallucinatoire a beaucoup diminué; les nuits sont bonnes. Même dose.

23 juillet. — La dose est abaissée à 1g,40.

27 juillet. — La menstruation n'est pas revenue depuis la couche; pleure par moments; est assez calme. Dose : 1g,30.

14 août. — Epoque ordinaire des règles, application de six sangsues à l'anus. La dose est à 78 centigrammes. Est calme, mange bien; travaille; elle a une tenue raisonnable; cherche à se rendre compte de sa maladie. 4 grammes de bromure de potassium pendant cinq jours.

3 septembre. — A eu deux fois des hallucinations de l'ouïe; pleure. Dose est à 50 centigrammes par moments Même dose; n'a plus d'hallucinations; six sangsues à l'anus le 14.

10 octobre. — Elle reconnaît avoir été folle; parle de ses hallucinations, me dit qu'elle avait été frappée par les événements de la guerre, que dans le commencement de sa maladie elle voyait toujours des soldats, du feu, qu'elle entendait toujours de la musique. Dose : 40 centigrammes.

24 octobre. — Six sangsues à l'anus; bromure de potassium, 4 grammes pendant cinq jours.

3 novembre. — Guérison bien confirmée. La dose a été abaissée à 20 centigrammes.

20 novembre. — La dose est à 10 centigrammes.

24 décembre. — Cessation du traitement.

7 janvier. — La guérison s'est maintenue. J'ai recommandé au mari de

faire à sa femme des injections sous-cutanées de morphine (de 1 centigramme) s'il observait de la mauvaise humeur.

L'intérêt de cette dernière observation tient en particulier à ce que les hallucinations n'ont cédé qu'à une dose de 1g,50 de chlorhydrate de morphine en injections sous-cutanées et à ce que la malade a supporté cette énorme dose sans en être incommodée. Je me suis demandé si c'était son affection ou sa qualité d'Anglaise qui avait présenté la résistance aux effets du médicament. J'inclinerais à croire que c'est une question de race, car je sais que les médecins anglais portent très-haut les doses de morphine *données* par la méthode *hypodermique*.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'ovariotomie dans le sud-ouest de la France;

Par M. le docteur Duplouy,
Professeur à l'Ecole de médecine de Rochefort.

L'ovariotomie n'en est plus à faire ses preuves et il pourrait paraître superflu, après les remarquables travaux de Kœberlé, après les résultats de plus en plus encourageants obtenus soit à Paris, soit en province, d'apporter quelques nouveaux faits en sa faveur, si elle avait fait taire d'une façon absolue les préventions du public médical. Sans doute on n'y voit plus, comme on le faisait il y a quelque dix ans, une atrocité inqualifiable, et il est fort rare, bien que non sans exemple, de l'entendre encore traiter de *boucherie véritable* par des médecins ; mais on croit volontiers que c'est là un acte tellement gigantesque, tellement exceptionnel qu'il est inabordable à la plupart des chirurgiens, et que, pour l'entreprendre avec quelques chances de succès, il faut, pour ainsi dire, une ordination spéciale. Elle ne s'est point, en un mot, acclimatée dans toutes les régions de la France, et, pour ne parler que du Sud-Ouest, qui m'est bien connu, je rencontre à chaque pas, dans le rayon des Charentes, des médecins auxquels elle inspire un véritable effroi. Les uns se bornent à l'expectation dans le traitement des kystes de l'ovaire, comme si la tolérance de l'organisme pouvait être indéfinie ; d'autres, séduits par

quelques faits exceptionnels, se cramponnent aux ponctions répétées, quelle que soit la nature du liquide, que le kyste soit simple ou compliqué; les plus audacieux abordent les injections iodées, pratique le plus souvent désastreuse: le temps s'écoule au milieu de ces temporisations, de ces essais timides ou hasardeux et les malheureuses malades, auxquelles on a fait un fantôme de l'opération, en leur affirmant, faute d'une expérience raisonnée, qu'elle sauve à peine une opérée sur dix, traînent de ponction en ponction leur existence précaire jusqu'au terme fatal ou sont jetées aux mains du chirurgien dans les conditions les plus défavorables. L'ovariotomie faite en désespoir de cause, sur des sujets épuisés, n'est-elle pas de tous points comparable à l'opération de la hernie étranglée qui, faite à son heure, réussit presque toujours, tandis qu'après les manœuvres brutales du taxis à outrance elle donne tant et de si cruels mécomptes ?

Qu'on temporise dans des kystes relativement simples, à marche lente, à liquide incolore et limpide, rien de plus rationnel ; mais si le volume d'un kyste, même uniloculaire, vient à l'accroître au point d'entraver notablement l'exercice des ponctions, si le liquide extrait par une ou plusieurs ponctions devient, après chaque évacuation nouvelle, de plus en plus louche et visqueux, s'il a cette teinte brun-chocolat qui répond à un certain degré d'inflammation kystique, s'il y a des masses multiloculaires, attendre que l'état général ait déjà subi des altérations graves pour conseiller une intervention chirurgicale, c'est compromettre à la fois la malade et l'opération.

La répulsion instinctive qu'éprouvent les médecins de notre rayon pour l'ovariotomie tient à ce que la plupart d'entre eux ne l'ont jamais vu pratiquer; ils n'ont pu suffisamment apprécier l'importance des perfectionnements apportés dans le manuel opératoire et dans les soins consécutifs: ce sont des adversaires plutôt inconscients que systématiques, et je n'en veux d'autre preuve que la conversion rapide de ceux qui m'ont fait l'honneur de m'assister dans ces derniers temps : ils en sont devenus les partisants déclarés, et il en serait ainsi de tous les autres, s'il m'était permis de placer sous leurs yeux, dans une vaste statistique, en regard du triste martyrologe des ponctions et des injections de tout genre, les brillants résultats de l'ovariotomie, qui paraît avoir donné en moyenne, et sans rien exagérer, un peu plus de moitié de guérisons. Nous n'avons malheureusement ni le temps,

ni les éléments nécessaire à l'édification d'un semblable travail, et force nous est de nous borner à leur présenter intégralement les résultats d'une pratique de quinze années, en ce qui touche les kystes de l'ovaire, dans l'espoir que ce modeste contingent pourra contribuer, dans une certaine mesure, à vulgariser en province l'une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie moderne.

J'ai rencontré deux kystes uniloculaires jusqu'ici stationnaires ne dépassant pas le volume d'un œuf d'autruche : l'un d'eux remonte à quatorze ans, l'autre à huit ans ; le premier n'a entravé en rien ni le cours de trois grossesses, ni le travail de l'accouchement.

Sur dix-huit cas de *ponctions simples* ou *multiples* faites soit à l'hôpital civil, soit dans ma clientèle privée, je ne compte que trois malades actuellement vivantes et deux d'entre elles sont fatalement condamnées, si elles ne se décident pas à demander à l'ovariotomie des chances de guérison.

La méthode des *aspirations successives*, secondées par la *compression*, m'avait donné un résultat presque inespéré dans un kyste volumineux, à contenu clair comme de l'eau de roche, chez une jeune fille dont mon excellent ami le docteur Dieulafoy a succinctement relaté l'observation (*Traité de l'aspiration*, 1873, p. 166). Cet espoir a été déçu : le liquide s'est reproduit six mois plus tard et la malheureuse a succombé l'année dernière après plusieurs ponctions sans vouloir entendre parler de l'ovariotomie.

J'ai traité, au commencement de l'année 1874, à la clinique de l'Ecole, par *l'aspiration* et les *injections alcooliques*, une tumeur uniloculaire qui semble s'être complétement effacée ; ce résultat, obtenu au prix d'une inflammation aussi périlleuse que celle qui peut suivre l'ovariotomie, sera-t-il plus durable que dans le fait précédent ?

Quant aux *injections iodées*, auxquelles j'ai eu quatre fois recours, elles ne m'ont donné que des insuccès, et, si j'en juge par un fait tout récent, elles compliquent singulièrement l'ovariotomie, si la malade vient plus tard à s'y résoudre : appelé en consultation aux environs d'Aigrefeuille pour un kyste uniloculaire très-volumineux, j'y formulai très-nettement l'indication de l'ovariotomie, que la malade ne voulut accepter qu'en cas d'insuccès de l'injection iodée : des accidents graves, dus autant à l'inflammation de la poche qu'à la saturation iodique, tinrent la

vie en suspens pendant plus d'un mois et lorsqu'on intervint par l'opération, que des circonstances indépendantes de ma volonté ne me permirent pas de pratiquer moi-même, on se trouva, m'a-t-on dit, en face d'un état fort avancé d'épuisement et d'adhérences provoquées, selon toutes probabilités, par l'injection.

Il ne m'avait point été donné d'assister à l'ovariotomie, lorsqu'en 1869 je crus devoir l'aborder pour la première fois; je n'avais alors pour guide que la lecture des importants mémoires de Kœberlé et pourtant peu s'en est fallu que l'opération ne fût couronnée de succès; ma malade fut emportée par une tympanite intestinale au cinquième jour et je me suis toujours reproché depuis lors de l'avoir opérée à 28 kilomètres de moi, sans avoir pu lutter activement contre cette grave complication.

Obs. I. — *Kyste uniloculaire gauche avec adhérences à l'épigastre; mort.* — Mme R***, du Bois-de-l'Encens, commune de Virzon, à 28 kilomètres de Rochefort, âgée de trente-sept ans, brune, sèche et nerveuse, me fut adressée le 5 avril 1869 par M. le docteur Modelski d'Aigrefeuille pour une tumeur ovarique datant de cinq années; le ventre, extrêmement volumineux, mesurait 115 centimètres au niveau de l'ombilic; la santé générale avait toujours été bonne; mariée depuis douze ans, elle n'avait jamais été enceinte, mais elle avait été bien réglée jusque dans les derniers mois, pendant lesquels le ventre avait pris rapidement un développement considérable; les fonctions digestives s'étaient troublées et des douleurs constantes vers les reins et à l'épigastre rendaient l'existence intolérable; le facies était profondément altéré, la miction facile, la constipation habituelle.

La palpation indiquait nettement, outre un léger œdème des parois et quelque peu de sérosité dans les fosses iliaques, un vaste kyste uniloculaire, sans la moindre bosselure, s'élevant jusque dans la région épigastrique; la paroi abdominale glissait facilement sur la tumeur au niveau de l'ombilic; mais, vers l'épigastre, on percevait une sensation analogue à celle de l'amidon pressé entre les doigts, signe probable d'adhérences dans cette région. La tumeur avait débuté à gauche, d'après les commémoratifs, et elle n'avait jamais été ponctionnée; le col de l'utérus était abaissé et incliné à gauche. Aussi nous attendions-nous à trouver un pédicule un peu court.

La malade, préalablement mise au courant des chances diverses de la ponction et de l'ovariotomie, opta résolûment pour une opération radicale à la condition qu'elle serait pratiquée chez elle et j'eus tort de passer condamnation sur ce point, son médecin habituel résidant à près de 8 kilomètres. On donna pendant quatre jours du sous-nitrate de bismuth et un purgatif la veille de l'opération.

Nous y procédâmes le 15 avril avec l'assistance de M. le professeur Léon, des docteurs Modelski, Gélineau et Granier d'Aigrefeuille, et de plusieurs médecins de première classe de la marine.

Je ne donnai d'abord à l'incision, faite couche par couche, qu'une longueur de 12 centimètres; mais, après avoir divisé le péritoine, je ne tardai pas à reconnaître pendant l'évacuation du kyste ponctionné avec le trocart Mathieu, qu'il existait, dans toute l'étendue de la région épigastrique, des adhérences fibreuses tellement fortes, que je ne pouvais les rompre avec les doigts ; il me fallut prolonger l'incision jusque vers l'appendice xiphoïde, en contournant l'ombilic à gauche, pour diviser avec des ciseaux d'épais tractus fibreux sur une surface de 5 centimètres de côté: ils n'étaient point vasculaires. Je ne trouvai partout ailleurs que des adhérences filamenteuses et l'extraction de la poche se fit avec une grande rapidité ; l'ovaire gauche était seul intéressé. Il s'était écoulé environ 23 litres d'un liquide blanc, visqueux, analogue à de la colle de poisson.

Le pédicule, un peu court, comme nous l'avions présumé, fut étreint d'abord avec le clamp à chaîne d'écraseur de Mathieu, puis, pour plus de sûreté avec un fil très-fort, serré sous deux broches d'argent disposées en croix, et nous procédâmes, un peu trop succinctement peut-être, à la toilette péritoniale ; sept points de suture profonde, intéressant le péritoine à un centimètre de son bord, neuf points de suture superficielle fermèrent cette vaste plaie dans l'angle inférieur de laquelle nous disposâmes un drain fenestré. La malade, bien enveloppée de flanelle, fut replacée dans son lit deux heures après le début de l'opération.

Tout alla bien le premier jour, sauf quelques vomissements chloroformiques et des crampes utérines atroces qui cédèrent en quelques heures à une potion morphinée ; la malade urina sans cathétérisme ; le ventre demeura souple et indolent; le pouls oscilla de 80 à 84 jusqu'au quatrième jour et rien, ni dans l'état local, ni dans l'état général, ne faisait craindre une terminaison fâcheuse, lorsque, dans la soirée du 18, le ventre s'éleva rapidement ; les éructations, jusque-là faciles, cessèrent de se produire, la respiration s'embarrassa, le pouls devint fréquent et filiforme ; la malade s'éteignit dans la matinée du cinquième jour.

L'absence d'autopsie ne m'a pas permis d'analyser les causes de la tympanite : faut-il l'attribuer, comme l'a fait Kœberlé dans un cas analogue, au soulèvement du rectum par le pédicule fortement attiré à l'extérieur ? Est-elle purement et simplement le résultat d'une péritonite qui n'était que trop à craindre avec l'incision effrayante qu'il nous avait fallu faire ? Quel rôle ont joué l'occlusion incomplète du ventre et la présence du drain ? Quoi qu'il en soit, je ne puis détacher mon esprit de la pensée que, plus rapproché de ma malade, j'aurais peut-être pu faciliter

l'expulsion des gaz par l'introduction d'une canule rectale comme je l'ai fait plus tard avec succès chez ma quatrième opérée.

Je serai bref en ce qui touche l'examen de ce kyste volumineux : débarrassé du liquide albumineux qu'il contenait, il pesait 910 grammes ; ses parois, d'une épaisseur assez uniforme, ne renfermaient point de kystes secondaires et ne différaient pas de la plupart des poches de ce genre ; on voyait à sa surface interne plusieurs épaississements granuleux de volume variable, dus à des proliférations épithéliales.

Obs. II. — *Kyste uniloculaire compliqué de la présence d'une masse multiloculaire ; guérison.* — Mme F***, couturière à Châteauneuf-sur-Charente, âgée de vingt-sept ans, est de petite taille, brune et bien constituée, d'un tempérament nervoso-bilieux ; elle est née de parents sains et vigoureux et elle a joui elle-même d'une santé parfaite avant le développement de sa tumeur ; réglée pour la première fois à quatorze ans, elle s'est mariée à dix-neuf et a eu une fille après un an de mariage.

L'augmentation de volume du ventre n'a attiré son attention qu'en avril 1874, époque à laquelle elle ressentit en même temps quelques douleurs dans les reins et dans les deux fosses iliaques, surtout à droite. On soupçonna d'abord une grossesse : mais un examen approfondi fit bientôt reconnaître un kyste ovarique que M. le docteur Toumeau essaya pendant quelque temps de combattre par les diurétiques et les purgatifs.

Les règles, abondantes pendant les six premiers mois, se sont répétées avec un caractère hémorrhagique du septième au dixième mois ; puis elles ont cessé complétement à cette époque et la tumeur a pris, à partir de leur suppression, un développement prodigieux ; les douleurs lombaires se sont accrues, la marche est devenue impossible, l'appétit nul, la faiblesse et l'amaigrissement ont fait des progrès effrayants. C'est dans cet état que j'eus l'occasion de voir la malade à Châteauneuf ; elle était alors profondément anémiée, le visage offrait le type le plus complet du facies ovarien si bien décrit par Spencer Wells ; le pouls était faible, un peu fréquent, à 90. Elle était essoufflée au moindre mouvement, les extrémités inférieures commençaient à s'œdématier ; la malade n'avait plus d'appétit, elle se plaignait fréquemment de coliques et de douleurs lombaires ; les selles et la miction s'accomplissaient régulièrement. Le ventre, qui mesurait 120 centimètres au niveau de l'ombilic, retombait en besace sur la partie supérieure des cuisses dans la station verticale ; les veines sous-cutanées abdominales, fortement développées, indiquaient une gêne profonde de la circulation ; la peau, soumise à une distension excessive, offrait des vergetures et des ronflements verruqueux dus à un commencement d'infiltration sous-cutanée ; point la moindre trace d'ascite.

La tumeur, absolument indolente à la pression, était lisse dans tous les points abordables à la palpation ; la tension excessive ne permettait pas de lui imprimer le moindre mouvement de latéralité ni de juger nettement de son indépendance à l'égard de la paroi abdominale ; il nous sembla toutefois que, dans la position à quatre pattes, la tumeur abandonnait quelque peu la région épigastrique et que nous avions quelques chances de n'y point rencontrer d'adhérences. Une ponction préalable nous eût probablement mieux renseigné sur ce point de diagnostic.

La matité était absolue dans toute l'étendue de la tumeur et le son intestinal n'était que difficilement perçu en arrière et sur les côtés ; la plus légère chiquenaude, imprimée en un point quelconque, transmettait aux doigts opposés une sensation de choc caractéristique et à l'oreille un véritable bruit de tambour ; cette sensation était très-nette dans toutes les parties de la tumeur et elle ne nous fit défaut que par le toucher vaginal ; pas de transparence. Le col, de consistance normale, était abaissé et fortement dévié en arrière et à gauche, mobile toutefois et probablement indépendant de la masse ovarique ; le doigt tombait en avant et à droite, sur une surface planiforme, fortement tendue et sans bosselure appréciable : d'où nous conclûmes que la tumeur plongeait jusque dans l'excavation pelvienne et que le pédicule, à moins d'inflexion, ne devait pas offrir beaucoup de longueur.

Nous diagnostiquâmes un kyste uniloculaire volumineux, pouvant contenir de 15 à 16 litres de liquide, probablement libre d'adhérences notables avec l'intestin, l'épiploon et la paroi antérieure et, faisant toutes réserves à l'endroit des adhérences qu'on pourrait trouver en arrière, nous conclûmes à la possibilité d'une opération dont l'état moral de la malade et l'absence de complications insurmontables nous permettaient d'espérer un résultat favorable.

Nous traversions à Rochefort une légère épidémie d'érysipèle et de fièvre puerpérale ; aussi jugeâmes-nous prudent, après avoir soumis la malade à l'examen des médecins et des élèves de notre école, de l'installer, à 6 kilomètres de nous, dans une des chambres du petit hôpital de Tonnay-Charente, que M. le docteur Bouthet des Gennetières, médecin de cet établissement, mit obligeamment à notre disposition.

La malade, habituellement tourmentée par des gaz, fut soumise à l'usage préalable du sous-nitrate de bismuth et l'intestin fut débarrassé la veille ainsi que le matin même de l'opération. Le 30 mai 1875, à une heure après-midi, je me rendis à Tonnay-Charente, accompagné de MM. Léon et Thomas, professeurs à l'école, de M. le médecin principal Follet, de MM. les agrégés Layet et Lefèvre et des docteurs Bouthet des Gennetières et Gaudiu de Tonnay-Charente. La malade, pleine de confiance, se rendit, en souriant, vers le lit d'opération et fut facilement anesthésiée par le chloroforme, auquel je suis toujours demeuré

fidèle. Une incision de 10 centimètres sur la ligne blanche nous permit d'arriver couche par couche jusqu'au péritoine, qui ne fut ouvert sur une sonde cannelée que lorsque nous eûmes aveuglé avec soin toutes les bouches vasculaires, soit avec l'eau de Pagliari, soit avec les pinces de Pean ; nous liâmes même deux artérioles.

Le kyste apparut alors avec sa teinte grise-ardoisée caractéristique, et le doigt, introduit au pourtour de la plaie, y nota partout en avant l'absence d'adhérences. Un gros trocart (modèle Guéride) y fut introduit et nous eûmes soin, après avoir laissé s'écouler environ 2 litres de liquide, d'interrompre un instant l'évacuation pour attirer la poche avec des pinces à griffes au-delà du bourrelet de la canule et pour la lier fortement avec un gros fil que nous avions passé à travers la membrane elle-même. Grâce à cette précaution et à la compression que MM. Lefèvre et Follet exerçaient très-exactement sur les parois, il ne pénétra pas une goutte de liquide entre les lèvres de la plaie et nous pûmes continuer avec sécurité l'évacuation. Le kyste, attiré de proche en proche par les pinces à plateau, puis par les mains, venait sans trop de difficulté, lorsque je fus subitement arrêté par une résistance inattendue ; portant les doigts avec précaution vers l'obstacle, je sentis à droite et en arrière, une masse solide, mamelonnée, très-adhérente, qui remontait jusqu'à la face inférieure du foie et il me fallut introduire la main tout entière pour contourner peu à peu la tumeur et détruire avec les plus grands ménagements les adhérences cellulo-fibreuses, qui offraient une résistance considérable : rien de vasculaire fort heureusement. La masse solide était amenée en regard de l'incision, le kyste principal étant complétement dégagé de l'abdomen ; nous incisâmes largement la poche pour ponctionner par l'intérieur les mamelons kystiques de la masse multiloculaire, mais il ne s'écoula que très-peu de matière visqueuse et colloïde et le volume ne s'en réduisit pas très-sensiblement. Nous prîmes le parti de prolonger l'incision de 2 centimètres vers l'angle supérieur et nous pûmes dès lors accoucher toute la masse morbide : grande avait été l'émotion de l'assistance en face de cet incident impossible à prévoir avant l'opération ! L'ovaire gauche était sain ; la trompe droite était si intimement accolée à la poche ovarique, que je ne cherchai point à l'en séparer ; trouvant le pédicule épais et court, comme je l'avais supposé, et voulant lui conserver toute sa longueur, je plaçai le clamp angulaire au contact même de la poche et je taillai, en plein drap, au-delà du clamp, une sorte de moignon aux dépens du kyste. Deux broches d'argent disposées en croix traversèrent le pédicule et servirent de point d'appui à un petit serre-nœud métallique.

Pleinement rassuré contre tout danger d'hémorrhagie par le pédicule, je m'occupai d'absterger, à l'aide de porte-éponges, la très-faible quantité de sang répandu dans la cavité abdominale : cinq points de suture enchevillée dont un à travers le pédicule et

un à l'angle inférieur assurèrent hermétiquement l'occlusion du ventre pendant qu'on réunissait la plaie cutanée par sept points de suture entortillée ; le tout fut recouvert d'une couche de col-

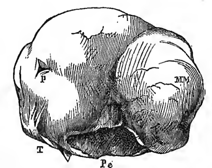


FIG. I. — P, ponction faite avec le trocart; T, trompe accolée à la poche; Pe, section opérée au-delà du clamp; MM, masse multiloculaire.

lodion élastique et la malade fut reportée dans son lit deux heures après le début de l'opération.

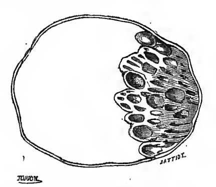


FIG. II. — Coupe schématique du kyste.

Les suites immédiates en furent on ne peut plus simples : à peine un peu d'agitation et quelques douleurs lombaires pendant les deux premiers jours, quelques éructations pénibles, les urines faciles, de la moiteur, un pouls régulier, oscillant d'abord de 85 à 92 pour se fixer invariablement dès le troisième jour à 80 jusqu'à la fin de la convalescence ; la température à 37 degrés et je n'aurais vraiment aucun incident à signaler sans l'apparition d'un catarrhe vésical au huitième jour. Je ne veux point entrer dans le détail des calmants divers, des potions à l'acétate

d'ammoniaque et à l'essence d'anis, des lavements de camomille miellés souvent répétés, ni suivre jour par jour les prescriptions alimentaires graduellement croissantes ; ce serait allonger inutilement cette observation ; quant au traitement local, tout se borna à des attouchements au perchlorure de fer, à des désinfectants prodigués aux approches de la chute du pédicule, qui eut lieu au onzième jour ; les points de suture profonde avaient été enlevés dès le septième et remplacés par des liettes de coton fixées avec du collodion ; le 19 juin, vingt jours après l'opération, la malade put faire une promenade à pied en dehors de l'hôpital et nous l'autorisâmes à repartir pour Châteauneuf à la fin du mois, après avoir fait constater par nos confrères du conseil de santé la solidité et le peu d'étendue de la cicatrice réduite à 6 centimètres au plus. L'examen de la poche ovarique, dont j'ai fait reproduire un dessin de face et une coupe schématique (un huitième nature), nous a montré, outre les traces des nombreuses adhérences décollées pendant l'opération, d'abord la grande loge, qui contenait 14 litres de liquide, puis la masse polykystique, formée de loges irrégulières dont les plus volumineuses proéminaient dans l'intérieur de la cavité, tandis que vers la surface on ne trouvait plus que des kystes déformés et comprimés par le tassement et le refoulement qu'ils avaient subi ; le poids de cette masse solide (y compris celui de l'enveloppe commune) était de 3k,200 ; son plus grand diamètre ne mesurait pas moins de 24 centimètres, le plus petit atteignait 18 centimètres ; il a pu, grâce à la mollesse de la tumeur, se réduire au point de s'exprimer à travers une incision qui ne dépassait pas 12 centimètres, même après son agrandissement.

Le liquide brunâtre et gluant, extrait de la poche, était constitué principalement par de l'albumine ; il renfermait de magnifiques tablettes de cholestérine, de gros globules pyoïdes identiques aux corpuscules de Glüge, des globules sanguins devenus sphériques par imbibition et des cellules épithéliales granuleuses.

Cette observation m'a paru offrir quelque intérêt par la rapidité du développement du kyste, par la présence de la masse multiloculaire non diagnostiquée et par l'exiguïté de l'incision qui lui a livré passage. Je m'explique assez difficilement le développement du catarrhe vésical qui a cédé rapidement à un traitement appropriée : faut-il l'attribuer au long séjour de la malade au lit ou invoquer la pression directe qu'a pu exercer sur la vessie le corps de l'utérus auquel un pédicule très-court faisait éprouver un mouvement de bascule ?

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE.

Quelques mots à propos de la préparation du phosphure de zinc (PhZ^3) et de son emploi en thérapeutique (1);

Par M. Pierre Vigier, pharmacien à Paris.

Depuis quelque temps, un grand nombre de savants s'occupent activement de l'action du phosphore sur l'économie, tant au point de vue physiologique que médical. Aussi les journaux de médecine contiennent-ils souvent des articles sur ce sujet important.

Dans les numéros de septembre et d'octobre 1875 du *Mouvement médical*, M. le docteur E. Labbée a publié une longue étude sur le phosphore, où il résume le travail que M. le docteur Lecorché a publié en 1869 dans les *Archives de physiologie*.

Dans ce mémoire, M. Lecorché a cherché à démontrer que le phosphore se transformait dans les intestins en hydrogène phosphoré et s'absorbait alors à cet état.

Cette opinion avait déjà été émise par Vohl et M. Mialhe ; seulement M. Mialhe pensait que ce n'était que dans le sang, c'est-à-dire à cause du milieu alcalin, que cette réaction avait lieu. On a opposé à cette hypothèse l'expérience de Magendie qui, après avoir injecté de l'huile phosphorée dans les veines d'un chien, vit des vapeurs blanches exhalées dans l'air de la respiration. Ce fait ne conclut pas à la non-formation d'hydrogène phosphoré, attendu, d'une part, qu'il y avait excès de phosphore dans le sang, et, d'autre part, que l'absorption du phosphore par les intestins peut se produire sous une forme bien différente.

Dans les nombreuses expériences que j'ai faites avec M. le docteur Curie, nous avons constaté deux fois la présence de l'hydrogène phosphoré dans les intestins de lapins empoisonnés par l'huile phosphorée. Nous continuons nos recherches sur ce sujet, et si un jour nous arrivons à démontrer avec certitude ce fait curieux, il est bien évident que, comme administration du phosphore en médecine, le phosphure de zinc, qui dans l'estomac se transforme immédiatement en hydrogène phosphoré ainsi que

(1) Travail lu à la Société de thérapeutique.

nous l'avons démontré chimiquement et physiologiquement dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de vous lire en février 1868, et qui est d'un emploi si facile en pilules et en prises, serait tout naturellement indiqué, puisque dans l'un et l'autre cas ce serait le même corps qui serait absorbé.

Un fait qu'il est bon de signaler, c'est que l'action du phosphure de zinc est plus prompte que celle du phosphore. Cette rapide absorption de l'hydrogène phosphoré se démontre facilement. On administre à un lapin une dose exagérée de phosphure de zinc et à un autre de même poids la même proportion de phosphore dissous dans de l'huile. Celui au phosphure meurt au bout de trois quarts d'heure, tandis que l'autre résiste un quart d'heure de plus.

Au point de vue médical, l'emploi du phosphure de zinc et du phosphore s'est répandu, et de toutes parts surgissent des travaux dignes d'attirer l'attention. Il semble que la question, de très-étendue qu'elle était, commence à avoir des limites et à gagner en précision. A New-York, M. le docteur E.-C. Seguin emploie et conseille d'employer le phosphure de zinc de préférence au phosphore. Il le signale comme reconstituant dans certaines affections nerveuses où il y a élimination excessive des phosphates, dans les cas de nutrition défectueuse du cerveau, de névralgie, d'irritation spinale, d'hystérie et de diverses variétés de paralysie.

En Irlande, on vante les effets du phosphore contre la scrofule.

En Angleterre, le docteur Sanger a publié une note dans le *British Medical* du 9 janvier 1875 où il cite 40 cas de guérison de névralgies au moyen du phosphore ; il assure que c'est un remède excellent contre les névroses et certains états morbides dus à la dénutrition du nerf (exemple : paralysie agitante, névralgie sciatique).

Le docteur Ashburton Thompson, qui depuis longtemps expérimente le phosphore en thérapeutique, affirme que c'est un médicament précieux dont les effets sont variables d'après les doses administrées.

A la dose de 1 à 2 milligrammes par jour continuée longtemps il est tonique et améliore les fonctions nerveuses épuisées.

A dose plus forte, 5 milligrammes par vingt-quatre heures et pendant trois ou quatre jours seulement, c'est un stimulant énergique ; il augmente l'appétit, accélère le pouls, procure une

excitation nerveuse et fait augmenter la sécrétion urinaire. Plus rarement, on observe l'excitation génésique ; quand ce phénomène se présente, c'est, dit-il, un signe que la dose est trop forte et qu'il faut la diminuer.

Le quatrième numéro du journal *the Lancet* de février 1875 contient le compte rendu d'une discussion qui eut lieu à la Société d'obstétrique de Londres sur le phosphore et les préparations phosphorées. Dans cette séance plusieurs membres firent part de leurs craintes dans l'administration du phosphore et des accidents qui leur étaient survenus.

M. le docteur Routh leur dit de l'ordonner sans crainte à condition de n'employer que le phosphure de zinc. Il met ce produit au premier rang des préparations phosphorées, et en recommande chaudement l'usage.

M. le docteur Ashburton Thompson dit qu'il avait essayé beaucoup de formules dans lesquelles le phosphore entrait en nature et qu'il était arrivé par expérience à préférer le phosphure de zinc à toute autre préparation phosphorée Avec le phosphure de zinc, il a obtenu des succès étonnants dans la chlorose et l'anémie, les hémorrhagies utérines, et surtout là où le fer avait échoué.

Dans l'extrait que le *Journal de Thérapeutique* de M. Gubler a donné de ce compte rendu, n° 16, du 25 août 1875, il est écrit que 6 milligrammes de phosphure de zinc correspondent à un demi-milligramme de phosphore. C'est une erreur ; c'est 4 milligrammes seulement, et non 6, ainsi que nous l'avons démontré expérimentalement, M. le docteur Curie et moi, dans un mémoire publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* au mois de mars 1868, mémoire qui a été reproduit par d'autres journaux de médecine et de pharmacie. Je ne m'explique pas ces changements de chiffres, si graves en pareille matière.

Le phosphure de zinc cristallisé et réduit en poudre fine contient chimiquement le quart de son poids de phosphore, ainsi que l'indique sa formule $PhZn^3$, et, chose extraordinaire, il n'agit toxicologiquement que comme s'il en contenait le huitième, c'est-à-dire que comme médicament et comme poison 8 milligrammes de phosphure de zinc correspondent exactement à 1 milligramme de phosphore.

Le médecin ne devra jamais oublier ces nombres, car ils sont d'une importance capitale.

Pourquoi ce corps n'agit-il que comme moitié du phosphore qu'il contient? Je me le suis demandé longtemps sans succès, et je viens aujourd'hui vous en donner la raison. C'est que dans la décomposition du phosphure de zinc par l'acide chlorhydrique de l'estomac, une grande partie du produit, la moitié probablement, passe à l'état d'hypophosphite de zinc, sel absolument inactif à cette dose, et l'autre partie à l'état de chlorure de zinc et d'hydrogène phosphoré.

En me servant d'un tube à essai et me mettant dans des conditions aussi identiques que possible à celles de l'estomac, j'ai obtenu de l'hypophosphite de zinc soluble que j'ai fait immédiatement passer à l'état de phosphate avec un peu de chlore. J'aurais dû me douter de cette réaction depuis longtemps, car nous savons tous que lorsqu'on décompose les phosphures alcalins dans l'eau froide, cette eau ne contient que des hypophosphites en dissolution.

D'ailleurs il est facile de s'en convaincre au moyen de l'expérience suivante, que j'ai indiquée dans ma thèse en décembre 1861, thèse qui a été insérée complétement dans les *Annales de chimie et de physique*, t. XI (4e série), 1867, de la page 389 à la page 411.

On prend un tube fermé contenant un peu d'huile de naphte, on y introduit un morceau de sodium gros comme un haricot et un morceau un peu moins volumineux de phosphore. On chauffe jusqu'à près de 100 degrés, et l'on voit les deux corps se combiner énergiquement ; on décante l'huile de naphte et la matière noirâtre qui garnit le fond du tube est du phosphure de sodium, auquel j'ai assigné la formule Na^2Ph^3. Ce phosphure mis au contact de l'eau se décompose avec impétuosité, et donne production à une grande quantité d'hydrogène phosphoré inflammable et à de l'hypophosphite de soude que l'on trouve dissous dans l'eau.

J'ai reproduit ici cette expérience pour la mettre de nouveau sous les yeux des professeurs de chimie, parce qu'ils ne la font jamais dans leurs cours, et cependant elle est bien plus frappante et remarquable pour les élèves que celle très-incertaine que l'on fait habituellement et qui consiste à jeter dans de l'eau des bâtons de phosphure de calcium généralement altérés.

Pour en revenir au phosphure de zinc, on voit que ce qui paraissait une anomalie ou un fait incompréhensible à plusieurs savants, devient une action chimique toute simple.

Dès l'année 1868, M. le docteur Curie et moi, dans nos recherches sur l'action du phosphore sur l'économie, nous avions soupçonné que cet agent serait un excellent remède dans l'anémie, dans certaines affections du sang, dans tous les cas de débilité nerveuse ; et depuis cette époque mon collaborateur l'a administré à ses malades. Il l'a vu réussir dans la chloro-anémie, les métrorrhagies et surtout les affections hystériques. Et, bien qu'il ne soit pas encore complétement édifié sur la valeur thérapeutique du médicament, il a bien voulu me donner les notes dont je vais donner lecture dans un instant et qui résument sa pensée actuelle.

M. le docteur Gueneau de Mussy vient encore de guérir deux malades à l'Hôtel-Dieu. Ces deux observations, qui sont analogues à celles dont il a entretenu autrefois la Société, seront sans doute publiées.

Mon frère, le docteur Alexandre Vigier, de Vizille (Isère), obtient de nombreuses guérisons depuis deux ans avec le phosphure de zinc contre la chloro-anémie chez les jeunes filles et contre l'aménorrhée, la dysménorrhée, les métrorrhagies. Il m'a remis à cet égard une note qu'on trouvera plus loin. Moi-même depuis six ans j'en ai parlé à plusieurs médecins, entre autres à M. Moutard-Martin, qui expérimente le phosphure de zinc à l'hôpital Beaujon.

Je rappellerai ici que 2 à 4 pilules de 4 milligrammes de $PhZn^3$ par jour suffisent comme médicament.

Je n'ai jamais vu les doses élevées et continues réussir, surtout quand les petites doses avaient échoué.

Si j'insiste aujourd'hui sur ces questions devant la Société de thérapeutique, c'est que j'ai éprouvé un certain dépit en apprenant qu'une maison de Paris venait d'expédier 6 kilogrammes de phosphure de zinc à Erfurth, 3 kilogrammes à Berlin et une autre 12 kilogrammes à Darmstadt, ce qui nous présage une avalanche d'observations allemandes. Si l'on considère en outre les travaux anglais que je viens de citer, on peut facilement prévoir l'emploi de ce corps sur une large échelle à l'étranger.

Je sais bien que d'éminents praticiens font grand cas de la médication phosphorée; mais elle ne se généralise pas rapidement en France.

Pour moi, je suis persuadé que le phosphure de zinc rendra de grands services en médecine et je serais désireux de voir nos médecins expérimenter un médicament qui a été inventé à Paris et ne

pas attendre pour l'employer qu'il nous revienne d'Angleterre et d'Allemagne.

Je terminerai cette note en donnant un conseil aux fabricants de produits chimiques et aux pharmaciens.

Mon procédé pour la fabrication du phosphure de zinc est très-bien décrit dans l'ouvrage classique de Soubeiran revu par M. le professeur Regnauld. On obtient peu de cristaux bien définis, mais une grande quantité de phosphure en masse boursouflée, friable, de la même composition que les cristaux.

Cependant ce produit ne doit pas être délivré dans cet état, ainsi que l'ont fait plusieurs négociants de Paris, parce qu'il contient alors du zinc plus ou moins attaqué. On doit réduire le phosphure en poudre très-fine et conserver pour une autre opération les fragments de zinc qui résisteraient tant soit peu au pilon. D'ailleurs le phosphure se pulvérise d'autant mieux qu'il se rapproche de la formule $PhZn^3$. Dans cet état il ressemble au fer réduit par l'hydrogène, et c'est seulement ainsi que les pharmaciens doivent l'accepter. Il est complétement soluble dans l'acide chlorhydrique.

J'ai vu ces jours-ci, chez un fabricant de produits chimiques, une quinzaine de kilogrammes de phosphure de zinc identique à celui qui avait été envoyé en Allemagne. Il était en grande partie composé d'oxyde et de phosphate de zinc, parce qu'il avait été préparé au contact de l'air. On comprend qu'avec de pareils produits il soit difficile de s'entendre sur les doses. Ce fabricant était jusqu'à un certain point excusable, car il ignorait l'usage auquel on le destinait. Je le lui ai fait connaître et j'espère qu'à l'avenir il délivrera un produit plus parfait.

Une condition essentielle, c'est de préparer ce produit avec du zinc distillé et pur, et non avec celui du commerce qui contient toujours du plomb. J'ai analysé des phosphures de zinc sortant de diverses fabriques ; tous contenaient 2 à 3 pour 100 de phosphure de plomb. Ce phosphure de plomb n'a aucune influence sur l'économie, puisque, comme le phosphure de fer, il passe dans les intestins sans subir de transformation ; mais il ne doit pas exister dans le phosphure de zinc par la raison qu'il en altère la pureté.

CORRESPONDANCE

Sur le traitement de la chorée par le sulfate d'ésérine.

A M. DUJARDIN-BEAUMETZ, secrétaire de la rédaction.

Voulez-vous bien m'accorder une petite place dans votre bulletin pour répondre un mot seulement à mon savant collègue M. le docteur Bouchut? Je ne fatiguerai pas vos lecteurs d'une longue polémique ; le sulfate d'ésérine n'en vaut vraiment pas la peine.

Mon collègue me reproche, en termes acérés, d'avoir dit :

1° Que les effets physiologiques de cette substance ont été les mêmes chez quatre enfants observés par moi que chez les animaux ;

2° Que, dans ces quatre cas de chorée, les résultats thérapeutiques ont été nuls.

Je relis mon résumé, je relis le mémoire de M. Martin-Damourette sur le sulfate d'ésérine employé chez les animaux, et je compare.

M. MARTIN-DAMOURETTE.	M. CADET-GASSICOURT.
Période convulsive.	
Respiration spasmodique et irrégulière.	Ralentissement de la respiration, spasme de la glotte.
Secousses du diaphragme.	Convulsions du diaphragme.
Vomissements.	Vomissements glaireux.
Défécation répétée.	Convulsions des muscles intestinaux ; diarrhée consécutive.
Contraction des artères par excitation des centres vaso-moteurs. Chaleur et rougeur de l'oreille.	Rougeur de la face et du tronc, parfois de toute la surface cutanée. M. Bouchut a observé la pâleur; ce sont des phénomènes de même ordre, dus à l'excitation des vaso-moteurs.
Salivation par excitation de la corde du tympan.	Sialorrhée plus ou moins abondante ; sueurs profuses.
Apparence d'hyperesthésie pendant la période convulsive du début.	Hyperesthésie très-marquée.

Ici s'arrête la comparaison. Je n'ai pas observé de tremblements musculaires, pas plus que je n'ai observé de symptômes de paralysie, excepté une légère parésie du diaphragme consécutive à la convulsion. Je n'ai pas vu *tous* les symptômes décrits chez les animaux, mais je n'ai vu *que* les symptômes décrits chez les animaux; c'est dire que les signes d'empoisonnement étaient faibles, ce dont certainement mon collègue ne me fera pas un reproche.

Mon collègue est arrivé, dit-il, à des résultats identiques aux

miens. Qui donc alors conclut d'une façon opposée à ses propres expériences?

Quant aux effets thérapeutiques, j'ai dit que, dans les *quatre cas* de chorée observés par moi, les résultats thérapeutiques ont été nuls. Il est impossible de poser des conclusions plus modérées et plus inattaquables; j'y pourrais renvoyer toute autre explication. Ces conclusions sont peu encourageantes, il est vrai, mais l'opinion actuelle de mon collègue ne l'est guère plus, car il est écrit : « Ce n'est pas de l'enthousiasme, et c'est même une critique de la médication; car un médicament pénible à employer n'a rien de pratique ».

Mais je ne cherche pas de faux-fuyants; j'avoue que je crois le traitement par le sulfate d'ésérine d'un effet au moins très-incertain, et j'ajoute que, si je connaissais un médicament qui guérît dans une moyenne de dix jours une maladie telle que la chorée, moins sensible que mon collègue, j'emploierais ce médicament, fût-il très-pénible à supporter, et j'ai la confiance que plus d'un médecin suivrait mon exemple.

Veuillez agréer, etc.

Cadet de Gassicourt,
Médecin de l'hôpital Saint-Eugène.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à la pratique des accouchements : Etude théorique et pratique sur une espèce peu connue de version pelvienne par manœuvres internes sans extraction qu'on pourrait appeler la « version simple, » par le docteur Emile Hottenier ; Adrien Delahaye, éditeur-libraire ; in-8°. Paris, 1875. — Tel est le titre d'une thèse excellente, autant par l'originalité des idées que par le sens éminemment pratique, que M. Emile Hottenier vient de soutenir devant la Faculté de médecine de Paris. Les anciennes relations d'estime et d'amitié, qui nous rattachent à l'auteur, doublent pour nous le plaisir d'appeler l'attention du public médical sur une des heureuses productions de l'école obstétricale française.

La thérapeutique, qui touche par tant de côtés à l'accouchement, s'y trouve intimement rattachée dans cette thèse. En effet, dans la partie historique, le docteur Hottenier prend soin de formuler dès le début deux lois de thérapeutique générale, « notions venues au jour successivement et comme par étape, qui sont en quelque sorte la genèse latente de la version simplifiée. » La première est ainsi conçue : « L'intervention curative doit prendre pour modèle dans son action le fonctionnement régulier de l'organe sain. » La seconde, conséquence naturelle de la première, est celle-ci : « Toute intervention curative doit s'arrêter et céder la place à la fonction dès que le trouble fonctionnel a cessé. »

Il serait peut-être intéressant de discuter avec le développement néces-

saire le premier de ces axiomes; mais l'auteur s'appuyant surtout sur le second, qui semble hors de discussion, ce n'est ni le lieu ni le moment d'insister sur ce point : le docteur Hottenier a donc pris soin de montrer uniquement que l'idée mère de cette opération peu connue est basée sur l'observation de ces lois, et se retrouve chez les principaux auteurs d'obstétrique.

Quoi qu'il en soit, précisons le caractère de cette version simple, c'est-à-dire purement évolutive, dont M. Tarnier a dit qu'il se proposait de l'employer dès que l'occasion s'en présenterait.

Dans la deuxième partie, qui a trait au pronostic, l'auteur, qui n'a trouvé dans la science qu'une seule observation de version simple, a dû procéder dans son étude par comparaison, et démontrer dans des considérations physiologiques et pathologiques combien l'accouchement par version simple se rapproche de l'accouchement pelvien primitif et diffère de celui par version extractive.

Puis d'intéressants tableaux de statistique inédite et des séries d'observations, dont quelques-unes auraient peut-être pu répondre aux indications de la version simple, font suite à cette étude comparative. Voilà pour la troisième partie, consacrée à la clinique.

La quatrième partie contient quelques réflexions sur les indications et la fréquence de l'opération.

Enfin viennent les conclusions longuement motivées, et qui peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

L'extraction du fœtus, troisième temps de la version pelvienne, est une manœuvre accessoire qui supplée à l'insuffisance de l'organisme maternel.

Quand l'organisme maternel suffit au dégagement après l'évolution artificielle, l'extraction n'a pas de raison d'être, s'il n'y a ni complication ni danger.

La version simple en deux temps, sans extraction, constitue une opération dont l'existence est propre. FELIZET.

Statistique des services de médecine des hôpitaux de Lyon, par le docteur MAYET; première année, 1872; premier fascicule. — Lyon, Henri GEORG. —Paris, J.-B. BAILLIÈRE, 1874. — Le docteur Mayet vient d'entreprendre, en publiant son premier fascicule de la statistique générale des hôpitaux, une œuvre considérable, véritable travail de bénédictin, qui mérite et les éloges et les encouragements de tout le corps médical; jamais statistique médicale ne fut en effet présentée avec plus d'ordre et de méthode.

Dans une longue et savante introduction, M. Mayet étudie la statistique comme méthode scientifique et les applications que l'on peut en faire à la médecine; il montre aussi les difficultés que présentent les statistiques médicales; difficultés nombreuses et qui dépendent d'un grand nombre de causes, parmi lesquelles il faut signaler malheureusement en première ligne la négligence du corps médical, même celui des hôpitaux, à fournir les premiers éléments de ces statistiques. A Paris, par exemple, on peut affirmer que la statistique des hôpitaux, fondée par Husson, ne peut donner que des renseignements les plus vagues et les plus incertains, à cause de la négligence apportée à la confection des feuilles de statistique et M. le docteur Ernest Besnier, qui fait à la Société des hôpitaux, avec un talent si

remarquable, l'étude de la constitution médicale des hôpitaux de Paris, sait combien il lui est difficile de trouver les principaux éléments de son travail.

Parmi les nombreuses applications de la statistique à la médecine, M. Mayet n'a garde d'oublier celles qui peuvent faire progresser la thérapeutique et il se propose dans un autre volume de nous montrer ces applications par l'étude du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids; il est un autre point que nous voudrions voir aborder par M. Mayet, c'est l'étude du traitement de rhumatisme articulaire aigu; faute de posséder une statistique sérieuse du traitement du rhumatisme articulaire aigu, nous ne pouvons avoir une donnée certaine sur la valeur des diverses médications, et nous voyons à cause de cette lacune l'expectation, comme traitement du rhumatisme, faire chaque jour de nombreux partisans.

Le volume se termine par un grand nombre de tableaux et de tracés graphiques, faits avec un très-grand soin par MM. Mayet et Duchamp, médecins des hôpitaux de Lyon, et qui montrent d'une façon rapide et commode, les éléments de la statistique médicale de l'année 1872.

En résumé, le travail dont nous venons de donner une courte analyse fait le plus grand honneur, non-seulement au docteur Mayet, qui a entrepris avec une si grande ardeur scientifique cet immense labeur, mais encore à la Société médico-chirurgicale de Lyon qui l'a inspiré.

DUJARDIN-BEAUMETZ.

Leçons cliniques du docteur Charles West sur les maladies des enfants, traduit de l'anglais par le docteur ARCHAMBAULT. Vol. de 1012 pages. G. Masson, éditeur.

Sous ce titre, la librairie Vict. Masson vient d'éditer un ouvrage de médecine pratique dont l'appréciation est spécialement de notre ressort, attendu que le traitement des maladies y joue un rôle important, et que l'étude de chaque cas y est faite surtout dans le but d'y mettre en relief ce qui peut être la source d'une indication thérapeutique. L'auteur ne recule pas devant les petits détails, les minuties de la pratique, les petits riens qui ont part à la guérison, soulagent les malades et contribuent à gagner au médecin la réputation d'un praticien soigneux et plein de sollicitude.

Un volume de 1 000 pages ne s'analyse pas en quelques lignes, et telle n'est point notre prétention. Nous voulons seulement donner une idée de ce qui s'y trouve contenu.

Dans deux chapitres préliminaires, on apprend l'art d'observer les jeunes enfants et celui de formuler les médicaments qui leur conviennent. Il y a là, sur les moyens de masquer le mauvais goût des drogues, les précautions à prendre à propos des émissions sanguines, le dosage des médicaments, et d'autres particularités, des conseils dont l'utilité se fait chaque jour sentir dans la pratique. Il en est de même de ce que dit l'auteur, à propos de l'emploi des mercuriaux, de l'antimoine, de l'opium et des vésicatoires. — S'il est vrai de dire que, dans tout ce qui précède, il n'y a rien de positivement neuf, il ne l'est pas moins de remarquer que tout y est judicieusement exposé, très-utile et très-pratique.

D'ailleurs, on trouvera dans tout le courant de l'ouvrage des formules anglaises, certaines manières de voir et de faire dont nous pouvons tirer

un bon parti. Après deux leçons d'introduction, l'auteur traite des affections du système nerveux. Je n'ai point l'intention de le suivre dans l'étude qu'il fait de chaque groupe de maladies, et je me bornerai à signaler quelques chapitres qui seront lus avec intérêt et le plus grand profit, même par les médecins adonnés à la pratique de la médecine infantile. Ainsi, je signalerai à l'attention de mes confrères le chapitre consacré à la pseudo-méningite, étude complète des conditions où des accidents cérébraux semblables à ceux de la méningite peuvent se présenter et induire le médecin en erreur, au grand préjudice du malade dont cette erreur compromet la guérison, toujours possible si on a une idée juste de l'état des choses et si l'on met la main sur le traitement approprié. Il ne craint pas de dire que les réflexions faites et les conseils donnés à ce sujet sont d'un médecin consommé. Tous les chapitres sont traités avec soin, mais je suis persuadé qu'on lira particulièrement avec intérêt ce qui est relatif aux contractures des extrémités, au spasme de la glotte, aux terreurs nocturnes, à l'idiotie et à l'état des enfants arriérés.

L'auteur commence l'étude des maladies des organes de la respiration par des considérations générales sur les fonctions respiratoires au début de la vie, puis il traite de l'expansion incomplète des poumons et de l'atélectasie, après quoi il passe aux affections catarrhales et inflammatoires : bronchite, broncho-pneumonie, etc.

L'étude du croup et de la diphthérie, très-bien faite d'ailleurs, montre quelle idée on se fait en Angleterre de ces deux affections (qui au fond ne sont qu'une). Et, bien que nous considérions l'idée française comme plus juste, nous pensons que ce chapitre n'en sera pas moins lu avec le plus vif intérêt. Nous pourrions en dire autant de bien d'autres, notamment de celui consacré à la phthisie pendant l'enfance.

La question des maladies du cœur est traitée, au point de vue clinique, d'une manière remarquable et on sent la touche d'un écrivain qui en a vu et suivi un grand nombre d'exemples de ces maladies.

A propos des affections des organes digestifs, l'auteur donne de sages conseils sur l'alimentation qu'il convient aux premiers âges, mais on lira particulièrement avec fruit le chapitre consacré à la diarrhée, surtout à la diarrhée chronique, dont le mode de traitement anglais semble s'éloigner sensiblement, et probablement avec avantage, des errements auxquels nous sommes habitués. Signalons aussi le chapitre consacré aux tumeurs abdominales, etc. Le livre se termine par les cachexies infantiles et les pyrexies; nous ne croyons pas nous tromper en disant que, dans ce livre, on peut trouver un guide pour chacun des cas infiniment variés qui constituent la pratique de la médecine des enfants, et cela doit suffire pour lui assurer le succès dont il nous semble digne.

Aphorismes sur les maladies vénériennes, par Edmond LANGLEBERT; deuxième édition, vol. de 264 p.—Adrien Delahaye, 1875. — Le docteur LANGLEBERT donne aujourd'hui la seconde édition de ses aphorismes sur les maladies vénériennes : c'est dire le succès qu'a obtenu ce livre, où se trouvent résumés sous une forme brève et concise tous les points de cette partie de la clinique. Un formulaire fort complet termine le volume. Ajoutons que cet ouvrage, qui sort des presses de J. Claye, est imprimé avec un grand

luxe et qu'il présente des frontispices fort curieux et fort bien gravés, ce qui donne à ce volume un cachet artistique que l'on rencontre rarement dans les ouvrages de médecine.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 20 et 27 décembre 1875; présidence de M. Frémy.

Sur la pathogénie de la surdi-mutité improprement dite de naissance. — Dans sa note, M. Tripier montre, d'après les indications de M. Magnat, qu'un cinquième seulement des sourds-muets étaient sourds de naissance, les quatre cinquièmes, au contraire, ne le seraient devenus qu'à partir de l'âge de deux à trois ans.

« Or, dit M. Tripier, de l'examen de vingt cas sur lesquels j'ai pu obtenir des renseignements suffisants, et dont on trouvera le résumé et la discussion dans les tableaux que je joins à cette note, il ressort que les sujets chez lesquels la surdité a débuté brusquement vers l'âge de deux ou trois ans, sujets improprement compris aujourd'hui parmi les sourds de naissance, présentent des désordres de la locomotion assez marqués pour justifier pleinement le rapprochement entre les conditions pathogéniques de la *surdité acquise de l'enfance* et celle de la paralysie spinale, appelée par Duchenne *paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.* »

Prix de l'Académie. — *Prix Montyon* (*statistique*) : Prix de 1875, à M. le docteur Borins, pour ses « Recherches sur le climat du Sénégal. »

Mention très-honorable, à M. le docteur Maher, pour sa « Statistique médicale de Rochefort. »

Mentions honorables, à M. le docteur Ricoux, pour sa « Contribution à l'étude de l'acclimatement des Français en Algérie ; » — à M. le docteur Lecadre, pour une brochure intitulée : « Le Havre en 1873; » — à M. le docteur Tremeau de Rochebrune, pour son « Essai de statistique médicale sur les ambulances d'Angoulême pendant la guerre de 1870-1871; » — à l'auteur anonyme d' « Etudes statistiques sur les mort-nés. »

Prix Lacaze (*chimie*), à M. Favre, doyen de la Faculté des sciences Marseille.

Prix Barbier, 2 000 francs, à M. le professeur Rigaud, de Nancy, pour son « Nouveau Mode de traitement curatif (par l'isolement de la veine) des dilatations variqueuses des veines superficielles des membres inférieurs, ainsi que du varicocèle ; » — 1 500 francs à M. Alb. Robin, et 1 500 francs à M. M. Hardy, pour leurs « Etudes sur l'action du jaborandi.»

Grand prix de médecine et chirurgie, à M. le docteur Onimus, pour ses travaux relatifs à l'application de l'électricité à la thérapeutique.

Prix Montyon (*médecine et chirurgie*), 2 500 francs, à M. le docteur Alph. Guérin, pour sa méthode des « pansements ouatés ; » — 2 500 francs, à M. le docteur Legouest, pour son « Traité de chirurgie d'armée ; » — 2 500 francs, à M. le docteur Magitot, pour son « Traité des anomalies du système dentaire chez les mammifères. »

Mentions, 1 500 francs, à M. le docteur Berrier-Fontaine, pour ses « Etudes sur la capacité du système artériel ; » — 1 500 francs, à M. le docteur Pauly, pour ses « Esquisses de climatologie comparée ; » — 1 500 francs, à M. le docteur Raphaël Veyssière, pour ses « Recherches sur l'hémianesthésie de cause cérébrale. »

Citations honorables: « Recherches sur l'état de la pupille pendant l'anes-

thésie chloroformique, » par MM. Budin et Coyne; — « la Méthode antivirulente contre les affections charbonneuses, » par M. Saint-Cézard; — « De l'oblitération du vagin contre l'incontinence d'urine dans les grandes pertes de substances de la vessie, » par M. Herrgott; — le « Traité des injections sous-cutanées, » par M. Luton; — le « Traité d'hygiène militaire, » par M. Morache; — « Mémoires sur la congestion et l'apoplexie rénales dans leur rapport avec l'hémorrhagie cérébrale; Sur l'apoplexie pulmonaire unilatérale dans ses rapports avec l'hémorrhagie cérébrale; Sur certaines modifications de la sécrétion urinaire consécutive à l'hémorrhagie cérébrale, » par M. Auguste Ollivier; — « Du traitement du charbon chez l'homme par les injections sous-cutanées, » par M. Raimbert; — Le « Traité d'obstétrique vétérinaire, » par M. Saint-Cyr.

Prix Godard, 2 000 francs, à M. Alph. Herrgott, pour son travail intitulé « De l'extrophie vésicale dans le sexe féminin. »

Prix Serres, mentions, à M. Campana, pour ses « Recherches sur l'anatomie et la physiologie des appareils respiratoires, digestifs, et des séreuses des oiseaux; » — à M. Georges Pouchet, pour ses « Etudes sur le développement du squelette et, en particulier, du squelette céphalique des poissons osseux. »

Prix Chaussier, 5 000 francs (moitié prix), à M. le professeur Gubler, pour ses « Commentaires thérapeutiques du *Codex medicamentarius*; » — 2 000 francs, à M. Legrand du Saulle, pour son « Traité de médecine légale et de jurisprudence médicale; » — 2 000 francs, à MM. Bergeron et L'Hôte, pour un ouvrage intitulé : « Etudes sur les empoisonnements lents par les poisons métalliques; » — 1 000 francs, à M. le docteur Manuel, de Gap, pour un mémoire « Sur la constitution de l'assistance médicale en service public rétribué par l'Etat. »

Prix Montyon (physiologie expérimentale), M. Faivre, doyen de la Faculté des sciences de Lyon, pour ses travaux sur les insectes.

Prix Lacaze (physiologie), M. Chauveau, pour l'ensemble de ses travaux sur les maladies virulentes et contagieuses.

Prix Montyon (arts insalubres), 2 500 francs, à M. Denayrouze, pour ses appareils de sauvetage.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 21 et 28 décembre 1875; présidence de M. GOSSELIN.

Des troubles de la vision dans leurs rapports avec le service militaire. (Suite de la discussion, voir t. LXXXIX, p. 558.) — M. GIRAUD-TEULON combat les assertions de M. Jules Guérin et montre que le strabisme par rétraction musculaire est donc une chimère ou à peu près. 75 cas sur 100 de déviation oculaire se rapportent au vrai strabisme, dans lequel les muscles ne sont ni rétractés spasmodiquement, ni raccourcis; la preuve en est dans l'étendue des mouvements de l'œil strabique. Le strabisme convergent est généralement lié à la myopie et, dans ce cas, l'œil lui-même est trop court; tandis que le strabisme divergent se rattache à une brièveté trop considérable de l'œil et s'accompagne d'hypermétropie.

Pour chacun de ces deux états opposés du globe oculaire, il existe une disposition héréditaire spéciale qui se perpétue dans certaines familles.

Le strabisme ne débute, en général, qu'avec les efforts de la vision attentive. Il est toujours précédé d'une période assez longue d'intermittence. Il s'accentue alors dans le regard distrait, s'il est divergent, c'est-à-dire s'il s'agit de myopie, et dans les efforts de vision dans le cas contraire. Le muscle raccourci paraît toujours hypertrophié plutôt qu'émacié ou fibreux.

En résumé, M. Giraud-Teulon reproche à M. Jules Guérin d'avoir produit fort peu d'observations, toutes anciennes, nécessairement incomplètes et incorrectes.

M. Dechambre décline toute responsabilité dans l'ouvrage qu'il a fait sous la dictée de M. Jules Guérin.

M. Trélat dit qu'il avait demandé la parole au cours de la discussion, parce qu'il avait été frappé de certaines propositions émises par M. J. Guérin, et qui lui avaient paru être en complet désaccord avec le progrès de la science ophthalmologique actuel.

Après les discours de M. Maurice Perrin et de M. Giraud-Teulon, M. Trélat estime que la cause est entendue et que la science contemporaine a répondu victorieusement aux attaques de M. J. Guérin. M Trélat se rallie donc complètement aux conclusions posées par M. Giraud-Teulon dans son dernier discours; il pense que M. J. Guérin doit, s'il prétend continuer la lutte, présenter des faits plus en rapport avec les données actuelles de la science ophthalmologique complètement renouvelée en ce qui concerne l'organe et le mécanisme de l'accommodation, ainsi que les troubles de la vision en général et la myopie en particulier. Depuis que MM. Helmoltz, Donders, etc., et, à leur suite, une foule d'observateurs, anatomistes et physiologistes, ont admis que l'organe de l'accommodation était le cristallin, que l'agent de cette accommodation était e muscle ciliaire, l'ancienne doctrine soutenue pendant deux siècles par des savants de grand mérite, et, aujourd'hui encore, par M. J. Guérin tout seul, cette doctrine, qui faisait des muscles extérieurs de l'œil l'agent de l'accommodation, est maintenant complètement anéantie ; elle est tombée devant les progrès de la science pour ne plus se relever.

M. J. Guérin réclame de nouveau la nomination d'une commission devant laquelle serait porté le débat.

M. le Président met aux voix la proposition de M. J. Guérin ; cette proposition n'est pas adoptée.

M. le Président rappelle ensuite que M. Giraud-Teulon a demandé que les conclusions de son travail, ainsi que la discussion auquel ce travail a donné lieu, fussent renvoyées à MM. les ministres de la guerre et de la marine.

Sur les remarques de M. Maurice Perrin, l'Académie passe à l'ordre du jour sur la proposition de M. Giraud-Teulon.

Elections. — Sont nommés : M. Raimbert (de Châteaudun), correspondant national, et M. West (de Loudres), correspondant étranger.

Renouvellement du bureau. — Sont nommés : M. Chatin, président; M. Bouley, vice-président; M. Roger, secrétaire.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 24 décembre 1875 ; présidence de M. Woillez.

Compte rendu annuel. — M. Ernest Besnier lit son très-remarquable rapport et insiste plus particulièrement sur le rhumatisme cérébral et sur son traitement ; nous regrettons que le défaut de place nous oblige à renvoyer à l'*Union médicale* (n° 1, 4 janvier 1876), qui a publié *in extenso* cette partie du rapport.

De la fréquence du tænia. — M. Ernest Besnier donne lecture d'une lettre de M. Regnault, directeur de la Pharmacie centrale, qui montre l'augmentation de la consommation des tænifuges dans les hôpitaux ; voici les moyennes données :

	Moyenne avant 1870.	Moyenne après 1870.
Kousso.	3k,900	9k,000
Semence de courge.	3 ,000	5 ,311
Racine de grenadier.	13 ,008	14 ,025
Fougère mâle.	5 ,147	12 ,000

Du tænia dans l'armée. — M. Colin présente d'abord un tænia fenestré, et une anomalie présentée par un tænia venant du Sénégal, puis il montre que c'est pendant la campagne de Syrie que notre armée a été le plus atteinte de tænia : l'atteinte a été si rapide et si générale, que le chiffre des soldats soignés pour le ver solitaire a peut-être atteint le dixième de l'effectif des hommes.

Le tænia s'observe fréquemment aussi en Algérie. Il résulte de statistiques très-bien établies qu'il y a cent fois plus de chances de contracter le ver solitaire en Algérie qu'en France; dans aucun des cas observés en Algérie, on n'a pu invoquer l'importation du ver de France en Algérie, puisqu'il s'est toujours écoulé un temps assez considérable entre le débarquement du malade et la première manifestation pathologique observée. En outre, il est beaucoup de tænias, chez les soldats, en Afrique, qui passent inaperçus.

Depuis 1871, M. Colin n'a vu, au Val-de-Grâce, que deux militaires atteints de tænias, l'un venant d'Algérie, l'autre n'ayant pas quitté la France, mais ayant été soumis à l'usage de la viande crue. Par contre, la fréquence du tænia en Algérie est largement démontrée : dans une période de trente ans, Vital, l'ancien médecin en chef de la province de Constantine, a observé 233 cas de tænias dont les quatre cinquièmes chez nos soldats.

En France, le tænia est extrêmement rare dans l'armée; tellement que lorsqu'un soldat, qui n'a pas quitté la France, se dit atteint de tænia, M. Colin croit le plus souvent à la simulation; il en cite plusieurs exemples.

Comment se fait-il que le tænia soit resté aussi rare dans l'armée, à Paris, alors qu'il augmente d'une façon si notable dans la population civile? Il faut en conclure, suivant M. Colin, que ce n'est pas dans les éléments habituels de l'hygiène, la nature du sol, la qualité des eaux de consommation, influences dont le soldat éprouve sa part, qu'il faut chercher la cause d l'absence du tænia, mais qu'il faut bien plutôt en demander la raison à ce que le régime du soldat n'a pas varié, au point de vue de la nature et de la cuisson des aliments, tandis que l'habitude des viandes crues ou peu cuites a pris chaque jour plus d'extension dans la population civile.

La question de savoir si le tænia n'est qu'un cysticerque ladrique métamorphosé n'a pas encore été résolue. La fréquence du tænia dans nos troupes, en Algérie et en Syrie, a été l'une des conditions où se sont formulées les objections les plus nettes à la transmission à l'homme du cysticerque ladrique. On a constaté, en effet, que, dans les abattoirs des principales villes d'Algérie, les porcs n'offraient pas plus de cas de ladrerie qu'en France.

On a noté l'extrême fréquence du tænia chez les juifs, les musulmans, qui ne consomment pas de viande de porc. L'opinion la plus commune est celle qui attribue l'infection de l'homme à l'usage d'eau de consommation renfermant des quantités plus ou moins considérables d'œufs de différents cestoïdes. En effet, tout, en ces pays, semble favoriser la dissémination des œufs de tænia et leur ingestion accidentelle par les eaux de boisson. Mais l'absorption de ces œufs ne saurait suffire à la reproduction du cestoïde chez l'homme. Il est impossible d'admettre que l'œuf du tænia, absorbé en boissons, puisse subir, chez l'homme, les deux phases d'évolution, enkystement de l'embryon hexacanthe et évolution hydatique, qui précèdent indubitablement son développement en tænia complet.

M. Colin, s'appuyant sur des faits, repousse également l'opinion qui veut qu'en ces pays, où des cadavres d'animaux sont abandonnés à l'air libre, les eaux peuvent se charger de débris renfermant des cysticerques de divers animaux, en particulier du porc, et que la larve cystique du tænia peut ainsi être ingérée au moment opportun pour sa transformation en cestoïde.

Ce qui doit jeter un certain jour sur la cause de l'endémie du tænia dans certains pays, c'est la distinction aujourd'hui très-bien établie entre le tænia solium armé et le tænia inerme ou *tænia mediocanellata*. On sait que ce dernier correspond à un cysticerque qui se développe sur le bœuf

ou sur le veau. Or Vital fait observer qu'en Algérie la plupart des malades atteints du tænia solium armé sont des Européens, colons ou soldats, qui font usage de la viande de porc. La plupart des indigènes qui ne font usage que de la viande de bœuf sont, au contraire, atteints du tænia inerme. Toutefois, il est encore impossible de formuler, à ce sujet, des conclusions bien nettes, car un certain nombre de faits semblent démontrer que l'espèce porcine est apte également au développement du cysticerque du tænia inerme.

M. Colin termine son travail par quelques considérations sur la thérapeutique du tænia. Si l'on donne un tænicide sans purgation préalable, l'helminthe se pelotonne, les crochets abandonnent la muqueuse intestinale, et la tête s'enfonce dans les nombreux replis formés par la série des anneaux. Alors toute cette masse, prenant une forme arrondie, peut cheminer comme un bol dans le tube digestif et arriver jusqu'à l'anus, sans aucune déchirure des parties les plus fragiles de l'entozoaire. Une purgation préalable ne diminue en rien les adhérences de la tête, elle active les mouvements péristaltiques qui étirent, étalent le cestoïde dans toute sa longueur; on obtient ainsi l'expulsion de fragments plus ou moins considérables, mais on produit ainsi la rupture de l'helminthe, et la tête reste fixée à la muqueuse du duodénum.

Renouvellement du bureau. — Sont nommés: M. Laboulbène, président; M. Empis, vice-président; MM. Martineau et Duguet, secrétaires annuels; M. Dujardin-Beaumetz, trésorier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 22 et 29 décembre 1875; présidence de M. Le Fort.

Opération de la taille ; extraction d'un calcul volumineux. — M. Marjolin présente, au nom de M. Fleury (de Clermont), une observation de taille bilatérale, pratiquée par ce chirurgien, pour l'extraction d'un calcul du poids de 225 grammes et dont le plus grand diamètre mesurait 8 centimètres. Le malade, âgé de quarante-quatre ans, est guéri et il ne lui reste qu'un trajet fistuleux.

Rapport sur le prix Laborie et Duval. — M. Terrier donne lecture du rapport dont il a été chargé au nom de la commission du prix Laborie. La question proposée était la suivante : *Etablir par des observations la valeur chirurgicale de l'uréthrotomie interne.* Un seul mémoire a été présenté. La commission a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix cette année, mais elle propose d'accorder un encouragement à l auteur.

M. Nicaise, rapporteur de la commission du prix Duval, analyse le travail de M. Martin qui a pour titre : *Etude clinique sur les complications des rétrécissements de l'uréthre.* Quoique cette thèse soit également la seule qui ait été adressée à la Société pour le concours, la commission propose néanmoins de décerner le prix Duval à l'auteur.

Elections de membres correspondants nationaux. — Sont nommés : MM. Chauvel, Boissarie, Pravaz et Surmay.

Nomination du bureau pour l'année 1876. — Sont élus : président, M. Houel; vice président, M. Panas; secrétaire général, M. Guyon; secrétaires des séances, MM. Paulet et Cruveilhier; archiviste, M. Terrier; trésorier, M. Nicaise.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 novembre 1875; présidence de M. Delioux de Savignac.

Sur la préparation et l'action thérapeutique du phosphure de zinc. — M. Vigier lit un travail sur ce sujet (voir plus haut).

Renouvellement du bureau. — Sont nommés pour l'année 1876 : M. Oulmont, président; M. Bucquoy, vice-président; M. Constantin Paul, secrétaire général; MM. Laubée et Bordier, secrétaires annuels; M. Créquy, trésorier.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

De la luxation en arrière de l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien. — M. le docteur Rinaldi (de Constantine) a observé un cas fort rare de luxation d'un métacarpien. Voici, d'après lui, comment s'est produit cet accident :

Le nommé Mohamed ben Baaz, chaouch de la police, reçoit l'ordre d'arrêter un Arabe pour le conduire au violon. Celui-ci fait résistance, et une lutte s'engage.

L'Arabe saisit entre ses dents l'annulaire droit du chaouch, et le tord violemment plusieurs fois sur lui-même en lui serrant fortement la main. L'agent, éprouvant alors une vive et brusque douleur dans la main, abandonne la lutte et va porter plainte au commissaire de police, qui me charge de fournir un rapport médico-légal sur l'état de ses blessures. Je constate alors ce qui suit : deux plaies par morsure, l'une en avant, l'autre en arrière de la deuxième phalange de l'annulaire droit. Flexion et extension du doigt difficiles et douloureuses. Vive douleur au niveau de l'articulation supérieure du quatrième métacarpien. A ce niveau, saillie et mobilité très-sensibles de l'os qui se réduit facilement par une légère pression et se déplace de même. Les parties voisines sont dans leur rapport physiologique. On n'y observe aucune lésion. Comme traitement, je réduis la luxation, ce qui s'opère par une simple pression directe, et je place un appareil contentif. Dix jours après, la réduction me parut assurée ; mais le blessé conserva son appareil pendant huit jours encore, et alors la guérison fut complète ; toute saillie avait disparu ; il ne restait sur le dos de la main qu'une teinte ecchymotique et une douleur vague de la région.

Voici comment M. Rinaldi explique le mécanisme de cette luxation :

En prenant, en effet, une préparation de la main où les ligaments et tendons seuls sont conservés, j'ai remarqué qu'en la serrant fortement au niveau de la ligne métacarpo-phalangienne, de façon à exagérer fortement sa courbure antérieure, j'ai remarqué, dis-je, que l'extrémité supérieure des deuxième et troisième métacarpiens restait absolument fixe, et que celle du cinquième métacarpien exécutait un mouvement de rotation en dedans et en avant, et qu'en continuant la pression, l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien tendait à s'échapper en arrière du coin formé par les facettes opposées des extrémités supérieures des deux métacarpiens voisins, c'est-à-

dire la facette interne du troisième et la facette externe du cinquième métacarpien. Dans cette position, les ligaments dorsaux supérieurs du quatrième métacarpien sont très-tendus et peuvent se rompre, l'extrémité supérieure du cinquième métacarpien faisant levier sur le quatrième métacarpien et le poussant en arrière. (*Alger médical*, 1er août 1875, p. 73.)

Du pain de gluten et des aliments féculents dans le régime des glycosuriques. — M. Boussingault a fait paraître dans les *Annales de chimie* un travail fort important sur l'analyse composée de quelques aliments féculents ; on peut tirer de ce mémoire des faits pratiques d'une haute valeur pour l'hygiène des glycosuriques. Le meilleur pain de gluten, le biscuit rond, recommandé par le professeur Bouchardat, étant pris pour base, M. Boussingault établit par l'analyse comparée des autres féculents les équivalents suivants :

100 grammes de biscuit de gluten renfermant 40,2 d'amidon et 44,9 de viande végétale peuvent être remplacés, au point de vue de la même quantité de matières féculentes, par 97 de brioche, 74 d'échaudé, 73 de pain ordinaire, 65 de biscuit fendu de gluten, 62 de macaroni de gluten, 60 de gluten en graines d'orge, 53 de vermicelle, 54 de sagou, 52 de riz, 82 de haricots, 72 de lentilles, 72 de pois et 173 de pommes de terre.

Quant aux potages, M. Boussingault arrive aux chiffres suivants :

Dans 1 litre de bouillon on ajoute, pour faire un potage, les doses suivantes :

Vermicelle..	44 gr.
Riz.	43
Sagou	56
Gluten grains d'orge.. ..	60

Une assiettée de 166 centimètres cubes renferme donc :

	Grammes.	Amidon contenu.		Glycose.
Vermicelle. ..	7.31	5.58	pouvant fournir	6.20
Riz.........	7.44	5.43		6.03
Sagou........	9.30	6.95		7.73
Gluten grains d'orge.	9.96	6.93		7.37

Ce sont là des chiffres importants et qui permettent au médecin de diriger et varier l'alimentation des glycosuriques. (*Annales de chimie*, mai 1875. — *Gazette hebdomadaire*, juillet 1875, p. 449.)

Comparaison du forceps, de la version et de l'accouchement prématuré dans les rétrécissements du bassin. — Cette question est une des plus intéressantes de la pratique obstétricale, aussi croyons-nous devoir rapporter les conclusions du travail qui fut lu par M. le docteur Macdonald devant la Société obstétricale d'Edimbourg. — 1° En présence des statistiques de Spiegelberg et de Litzmann, il paraît douteux que l'accouchement prématuré provoqué doive jamais être employé dans les cas de rétrécissement du bassin — 2° La version n'offre aucun avantage manifeste pour la mère sur le long forceps, dans les cas de bassin rétréci et aplati d'avant en arrière, et elle est certainement plus dangereuse pour l'enfant. La version ne convient pas du tout lorsque le bassin est rétréci dans toutes ses dimensions, elle est alors beaucoup plus dangereuse pour la mère que le long forceps ou toute autre opération. — 3° Dans les rétrécissements du bassin, règle générale, il vaut mieux laisser aller la femme jusqu'au terme de sa grossesse ; s'assurer que les contractions utérines sont impuissantes, sans attendre trop, puis, s'il y a de la place, essayer une application de forceps. Si on ne réussit pas, on pratiquera la craniotomie, la céphalotripsie ou l'opération césarienne. (*The Obstetrical Journal*, novembre 1873.) — A la séance suivante de la Société obstétricale d'Edimbourg, M. Alexandre Milne vint combattre les conclusions du docteur Macdonald. Pour lui, l'accouchement prématuré à sept ou huit mois, suivant le degré du rétrécissement, est le moyen le plus efficace. Il rapporte les observations de six de ses malades comprenant en tout trente-huit accouchements. Ces trente-huit accouchements lui ont donné trente-cinq enfants vivants, tandis que les mêmes malades n'avaient pu, avec le forceps, donner le jour qu'à des enfants morts. L'accouchement prématuré n'est pas, sui-

vant M. Milne, aussi dangereux qu'on l'a écrit. Sur ces trente-cinq enfants, sept sont morts, dix-sept sont encore vivants, et il ignore le sort des onze autres. Il croit donc qu'en mettant en usage cette méthode (accouchement prématuré et version) il sauve la vie à beaucoup plus de femmes et d'enfants que s'il employait le forceps. (*Edinburg Medical Journal*, 1874.)

Du traitement du charbon par les injections sous-cutanées de liquides antivirulents. — Dans ce travail, sur lequel M. Davaine a fait récemment un rapport fort important à l'Académie de médecine (voir t. LXXXVIII, p. 516), M. Raimbert, de Châteaudun, après avoir exposé les trois observations qui lui ont servi de base, expose ainsi la marche que l'on doit suivre pour l'emploi de ces injections. Elles se pratiquent par des points œdématiés avec la seringue de Pravaz, que l'on vide entièrement à chaque injection que l'on fait en nombre plus ou moins considérable. Dans un cas, M. Raimbert a fait dans une seule séance plus de quarante injections sous-cutanées. Ces injections se répètent tant qu'il existe des symptômes d'empoisonnement.

« La solution d'acide phénique au 50e, ajoute M. Raimbert, doit être préférée à celle du 100e indiquée par M. Davaine, parce que, injectée chez l'homme dans le tissu cellulaire imprégné de virus charbonneux, elle a neutralisé ce virus sans déterminer aucun accident local, tandis que la solution au 100e n'a été employée par M. Davaine que sur des cobayes et après son mélange à du sang charbonneux, condition bien différente de la précédente et qui peut influer sur le degré de dilution qu'il convient de donner à l'acide phénique pour lui conserver, dans les tissus, la propriété antivirulente qu'il possède en dehors d'eux.

« La solution d'iode au 500e n'ayant pas donné un résultat très-net, il y a lieu de surseoir et d'attendre de nouveaux faits pour se prononcer sur sa valeur. Cependant, M. César (de Varennes, en Argonne), dont la médecine vétérinaire déplore la perte récente, a publié une observation dans laquelle MM. Collot et Jaillot, après avoir vainement employé une solution au 4000e, ont définitivement arrêté les progrès d'un œdème malin avec une injection au 400e (Stanis César, *De la méthode antivirulente comme traitement des affections charbonneuses de l'homme et des animaux*, in *Recueil de médecine vétérinaire*, août 1874).

« Il est à peu près indifférent de cautériser ou non le centre de la pustule maligne qui constitue déjà une eschare. Toutefois, comme cette eschare recèle des bactéridies jusqu'à ce que le pouvoir anticharbonneux des solutions d'acide phénique ou d'iode soit établi par des faits nombreux, nous croyons prudent, après avoir enlevé ce point gangréneux, de déposer à sa place un fragment plus ou moins gros de sublimé. On s'opposera à l'accroissement de l'induration et de l'infiltration séreuse sous-jacente, qui contient aussi des bactéries, en pratiquant des injections hypodermiques autour de la pustule et dans toutes les parties œdématiées. Leur nombre et la quantité de liquide injecté sera en rapport avec la proximité du foyer et l'étendue de la tuméfaction. Il n'est pas possible de préciser à cet égard, mais il ne nous paraît pas y avoir d'inconvénient à les multiplier, tandis qu'il y en aurait à trop les restreindre. Enfin, on abrasera, on détruira avec soin toutes les vésicules de la surface de la peau, et on la badigeonnera avec de la teinture d'iode ou bien on y promènera un crayon d'azotate d'argent. »

Depuis la communication de M. Raimbert, le docteur Meplain (de Moulins) a combiné dans un cas de charbon la méthode du docteur Estradere (t. LXXXVIII, p. 489) et celle de M. Raimbert; il s'agissait d'une petite fille de cinq ans qui fut prise d'un œdème malin à la suite d'une piqûre de mouche à la jambe gauche. On administre l'acide phénique à l'intérieur en potion et en injection hypodermiques; en trois jours elle a pris en potion 1 gramme et demi et 63 injections sous-cutanées ont été faites dans le même laps de temps, représentant ensemble 1,26 de liquide antivirulent. La malade a complétement guéri; sur les soixante injections, sept seulement ont donné lieu à des accidents locaux par œdème (la solution d'acide phénique était au cin-

quantième). (*Gazette hebdomadaire*, 6 août 1875, t. XXXII, p. 500.)

Depuis le docteur Raphaël (de Provins) sans nier l'utilité de l'acide phénique dans le charbon, a montré qu'il ne fallait pas négliger les autres médications et que pour lui les faits précédents n'étaient pas aussi démonstratifs que le voulaient MM. Raimbert et Davaine. (*Gazette hebdomadaire*, 13 août 1875, t. XXXII, p. 516.)

Polype utérin extirpé par la ligature élastique. — La statistique des polypes utérins opérés par la ligature élastique vient s'augmenter d'une nouvelle observation du professeur Scarenzio. Il s'agissait d'une femme âgée de quarante-six ans, tourmentée par de fréquentes et abondantes hémorrhagies qui lui avaient produit une anémie très-prononcée. M. Scarenzio s'est servi de la double canule de Levret, en passant un double petit cordon élastique des plus minces, de façon que les quatre bouts libres sortissent de l'extrémité fournie de pavillons et qu'une anse double, de diamètre de 5 à 6 centimètres, formât l'autre extrémité. Ayant pris dans l'anse le corps du polype et poussé en haut l'instrument, il fit tirer très-fortement par un aide les quatre bouts libres, en les nouant ensuite sur la cloison externe de la canule. Afin d'obtenir ensuite que la force élastique du nœud eût une action sur tout le pourtour du pédicule, il fit faire à la canule un tour complet de droite à gauche en la laissant ensuite libre et en fixant les bouts du fil à la cuisse droite.

Le sixième jour de l'application, la canule se détachait, et la tumeur, devenue libre dans le vagin, était extraite en l'accrochant avec l'index. (*Commentari di medicina e di chirurgia*, 1874.)

Résection de l'omoplate. — Une résection presque complète de l'omoplate a été pratiquée l'année dernière, par le docteur Omboni, à Bozzolo, pour un ostéosarcome médullaire, et avec le plus heureux résultat. En publiant l'observation en détail, il dit que c'est la quatrième fois qu'on pratique cette résection en Italie; la première a été faite par Rizzoli, la seconde par le professeur Burci et la troisième par Malagodi. (*Del Raccoglitore Medico*, n° 3, 1875.)

De la résection du cubitus. — Un paysan, âgé de vingt ans, s'était présenté au professeur Malagodi en 1834 pour être guéri d'un ostéosarcome qui attaquait presque toute la diaphyse du cubitus. Au premier abord, cela lui parut être un cas d'amputation. Mais, en considérant que, si la maladie était limitée au cubitus, on aurait seulement dû extirper ce tos et conserver le reste du bras, il changea d'avis et pensa à la résection. Il fallait dans ce cas désarticuler le cubitus du carpe, et le réséquer à peu près au-dessous de l'olécrane. Une expérience sur le cadavre lui démontra que l'opération était possible. Avec deux incisions elliptiques qui allaient d'une extrémité à l'autre du cubitus, et qui comprenaient la portion de la peau qui était ulcérée, M. Malagodi se trouva en présence de la tumeur. Il en isola toutes les parties qui étaient saines, et il arriva dans l'espace interosseux, où il put s'assurer que le radius n'était pas malade. Ensuite il désarticula l'extrémité inférieure du cubitus, isola la masse morbide jusqu'au coude, et, ayant constaté à l'autre extrémité une partie du cubitus saine, il scia l'os, et extirpa toute la masse de la tumeur. Dans cette opération, il n'eut à lier aucune artère d'importance, sauf l'interosseuse et deux autres petites branches. Le cinquième jour, la plaie était fermée en grande partie par première intention, et après quarante jours le malade sortait guéri. A cette époque, il pouvait mouvoir la main et les doigts, et serrer des objets avec force; plus tard, il put se servir de sa main dans les travaux de la campagne, comme s'il n'eût éprouvé aucun accident.

Quoique cette observation ait été déjà publiée en 1834, M. Malagodi cependant la rappelle de nouveau, afin de rectifier quelques inexactitutes qu'il a rencontrées dans le *Traité de médecine opératoire* de Sédillot à propos des résections du cubitus. Sédillot confond l'opération de Malagodi avec la résection de l'articulation radio-carpienne, pratiquée par d'autres auteurs, et il semble qu'il n'en connaisse pas le résultat, parce qu'il n'en fait pas mention.

Il choisit cette circonstance pour faire l'historique de la résection du cubitus en Italie. Il résulte de ses recherches que cette résection proprement dite a été faite quatre fois par le professeur Rizzoli, savoir :

1° Pour une fracture comminutive du tiers inférieur du cubitus et ouverture de l'articulation cubito-carpienne ; il réséqua le cubitus dans la longueur de 10 centimètres, et il y eut guérison ; 2° pour une nécrose de la diaphyse du cubitus, il en réséqua 7 centimètres, et le malade guérit ; 3° pour une blessure à la région carpienne et à la paume de la main, avec sortie de l'extrémité du radius et du cubitus et fracture longitudinale de l'extrémité inférieure de l'humérus ; on extirpa 3 centimètres du cubitus ; le malade mourut le quinzième jour ; 4° pour une fracture comminutive du radius compliquée d'une blessure très-étendue et de laquelle sortait le cubitus ; on en réséqua 4 centimètres et le malade guérit.

La résection a été pratiquée aussi une fois par le docteur Sani et une fois par M. Malago, de Ferrare, qui extirpa le cubitus tout entier, et il obtint guérison parfaite avec conservation de tous les mouvements de l'avant-bras et de la main. Cette résection est, selon M. Malagodi, la première extirpation totale du cubitus pratiquée en Italie. Deux opérations semblables ont été pratiquées avec succès en Amérique par Cornélian, de New-York, et par Jones, de Jersey. (*Raccoglitore*, 1875.)

De l'influence de l'usage de la viande crue sur le développement du tænia. — M. Dumas (de Cette) cite six observations où l'usage de la viante crue a déterminé la présence du tænia. Il s'agit dans ces cas de quatre enfants de trois à sept ans et de deux adultes chez lesquels l'usage de la viande crue de bœuf et de mouton a déterminé la présence du tænia. M. Dumas pense que les moutons d'Algérie, qui alimentent la plupart des marchés du Midi, renfermant le germe du tænia, seraient surtout la cause de la fréquence du tænia observé par lui. (*Montpellier médical*, juillet 1875.)

Nous avons déjà signalé les faits de Macari et de Castiaux (voir t. LXXXVIII, p. 473), qui sont conformes à ceux de M. Dumas. Il est toutefois regrettable que ce savant médecin n'ait point signalé la nature du tænia observé par lui, car, dans la plupart des cas, c'est toujours le *tænia inermis* et non le *tænia solium* qui a été expulsé, et cela s'expliquerait facilement, puisque l'on ne rencontrerait ni dans le mouton ni dans le bœuf le *cysticerque du tænia solium*.

Remarques sur le traitement du rhumatisme aigu par la teinture de perchlorure de fer. — Le docteur Russell Reynolds, dont les premières communications à cet égard remontent à 1869, fut amené à essayer le perchlorure de fer contre le rhumatisme en observant l'arrêt rapide d'autres inflammations à marche envahissante, comme l'érysipèle, la diphthérie, par l'administration de ce médicament. Les cas qu'il a réunis ne sont peut-être pas encore assez nombreux pour en tirer des conclusions positives, mais ils suffisent néanmoins pour légitimer de nouvelles recherches dans cette voie.

Le médicament généralement employé fut la teinture au perchlorure de fer, à des doses variant de 15 gouttes à 2 grammes toutes les quatre heures, avec ou sans addition de 20 à 30 gouttes de glycérine et d'esprit de chloroforme. Aucun malade ne se plaignit de malaise d'aucune sorte pouvant être rapporté au médicament.

Des observations de M. Reynolds, au nombre de soixante-cinq, il résulte les faits suivants :

1° Diminution de la durée de la période fébrile (cessation de la fièvre, cinquante fois sur cinquante-sept, avant la fin de la troisième semaine, en moyenne) ;

2° Disparition plus rapide de la douleur dans un grand nombre de cas (cinquante et une fois sur cinquante-sept dans les vingt premiers jours) ;

3° Les bons effets du traitement s'observent ausssi bien dans les cas graves, où l'élévation de la température fut assez considérable (40 degrés), que dans les cas bénins.

Notons cependant cette particularité remarquable, que sur trois cas de *rhumatisme hyperpyrétique* traités de cette manière, deux furent

suivis de mort ; le troisième s'améliora au dix-septième jour ;

4° Dans les cas où il y eut complication d'une affection cardiaque (sur cinquante-deux cas, il y eut seize endocardites, sept péricardites et huit endopéricardites), la durée de la fièvre fut plus grande, ce qui parut diminuer d'autant l'efficacité du médicament ;

5° Dans ceux où les articulations furent gravement atteintes, la température commença à baisser dans les quinze premiers jours, résultat qui ne fut jamais obtenu, à l'aide des autres modes de traitement, que dans une proportion moitié moindre ;

6° Lorsque la maladie fut soignée dès la première semaine, quarante-trois fois sur cent la température redevint normale dans les sept premiers jours, et lorsque le traitement ne fut entrepris qu'après la première semaine, trente-sept fois sur cent la fièvre tomba dans les mêmes délais. On n'est donc pas autorisé à conclure que la date à laquelle le malade est soigné détermine la durée de la maladie, car, dans deux cas où elle avait résisté à tout autre traitement pendant trois semaines, l'amélioration suivit l'administration du fer, et la température redevint normale au bout de trois jours ;

7° Le traitement ferrugineux est aussi efficace lorsque le malade a eu plusieurs attaques antérieures de rhumatisme que lorsqu'il en est à sa première.

Dans plusieurs cas on a observé une remarquable diminution du nombre des pulsations au moment où la température redevint normale et après cette période ; il tomba à 40, à 30 et même à 28 degrés, mais il conserva la régularité de son rhythme et sa force, et les malades n'ont accusé ni douleur ni faiblesse. (*British Med. Journ.*, 2 octobre 1875, p. 417.)

De l'herpétisme et de l'arthritisme de la gorge et des premières voies et de leur traitement. — Dans une note fort intéressante, le docteur Isambert étudie les manifestions des deux diathèses herpétique et arthritique sur le pharynx et montre que ces manifestations peuvent être rapportées aux signes suivants :

La rougeur catarrhale du larynx, l'aspect strié et éraillé des cordes vocales, l'aspect velvétique de la commissure interaryténoïdienne ; d'autre part, l'angine glanduleuse, finement vascularisée dans les cas simples, hypertrophique dans les cas compliqués, mais se détachant sur un fond de nuance rose opaline ; enfin trois états de la langue : le pytiriasis, l'eczéma et le psoriasis, sous ses deux formes, la forme platu et sèche et la forme mamelonnée ou nummulaire.

Comme traitement, voici ce que propose M. le docteur Isambert :

L'herpétisme et l'arthritisme laryngiens devront être traités surtout par les moyens généraux qui s'adressent à l'une ou l'autre diathèse : les alcalins pour les arthritiques, les arsenicaux pour les herpétiques. Les eaux minérales qui représentent particulièrement ces deux agents thérapeutiques, Vichy ou Vals, ou les eaux alcalines faibles, Pougues, Royat, Bussang, dont plusieurs sont d'ailleurs à la fois alcalines et arsenicquées (Vals, source Dominique), ou lithinées, répondront à la première indication ; le Mont-Dore et la Bourboule à la seconde. Ajoutons ici certaines eaux sulfureuses, Cauterets par exemple, dont on connaît les bons effets dans les affections goutteuses, et l'action salutaire sur la peau et les affections catarrhales des muqueuses. Luchon peut aussi présenter ses sources si variées. On a reconnu enfin dans bien des cas l'utilité d'alterner les saisons d'eaux minérales : une année aux eaux sulfureuses des Pyrénées, l'autre aux eaux alcalino-arsenicales du centre de la France. Quant au traitement local du larynx, il consistera dans des cautérisations très-légères des surfaces avec le chlorure de zinc, par exemple, qui attaque bien les éraillures de la muqueuse feuillée, tout en respectant les parties encore pourvues de leur épithélium. L'iode ioduré, dissous dans la glycérine avec un peu d'extrait d'opium, sera opposé avec succès à l'angine glanduleuse. Le bromure de potassium à l'intérieur calmera assez bien le prurit pharyngien. Enfin, s'il y a de la parésie des cordes vocales, quelques séances d'électrisation interne du larynx unies à l'action des toniques et des moyens généraux antidiathésiques

en viendront ordinairement à bout. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, p. 188, 1er juillet 1875.)

Du traitement des fistules salivaires de la parotide et du canal de Sténon. — Les plaies par armes à feu pendant la dernière guerre ont multiplié le nombre de ces fistules; aussi les chirurgiens ont cherché des procédés nouveaux pour remédier aux nombreuses variétés qui peuvent se présenter dans la pratique. Le docteur Emmanuel Nesty étudie ces divers procédés. Les fistules de la parotide doivent toujours être traitées par les moyens simples, la cautérisation et la compression réunies. Les fistules du canal de Sténon sont plus difficiles à guérir, quand le bout antérieur est oblitéré; aussi a-t-on multiplié pour elles les procédés. Quand elles sont buccales, c'est-à-dire qu'elles siégent en avant du masséter, on peut leur appliquer le procédé de Deguise, qui consiste à pratiquer une double ponction au niveau de la fistule, jusque dans la bouche, et à introduire par ces deux orifices un fil de plomb dont l'anse correspond à la fistule extérieure et les deux bouts à la muqueuse buccale.

En opérant des tractions sur cette anse, elle coupait les tissus intermédiaires et ainsi se trouvait reproduit le trajet antérieur. La fistule était ensuite oblitérée par cautérisation, suture ou autoplastie.

M. Gosselin avait modifié ce procédé en pratiquant la section des tissus compris dans l'anse immédiatement avec un serre-nœud, il entretenait la plaie ouverte en écartant les bords, chaque jour, avec une sonde cannelée.

M. Nesty nous présente actuellement une nouvelle modification du procédé préconisée par M. Trélat, modification qui consiste à opérer la section lentement avec un serre-nœud qu'on laisse en place, puis à mettre dans la plaie de la laminaire pour la dilater. Pour lui, l'avantage énorme de ce procédé est de sectionner les tissus en quatre ou cinq jours, ce qui est préférable au procédé de Deguise, dans lequel la section était plus lente et permettait aux tissus de se cicatriser à mesure de leur section.

Il a, sur le procédé de M. Gosselin, un avantage, qui est de laisser une plaie ayant moins de tendance à l'agglutination que la plaie produite par la section extemporanée; de plus, l'emploi de la laminaire est préférable au décollement journalier avec la sonde cannelée.

Enfin ce procédé est le seul applicable aux fistules massétérines, car dans ce cas il est difficile de maintenir le nouveau trajet. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Des résultats opératoires chez les scrofuleux. — Indiquer nettement quels sont les caractères principaux de la constitution scrofuleuse, son évolution spéciale et les différents aspects qu'elle peut revêtir aux diverses époques de la vie, telle a été la première préoccupation de M. Bernard. Passant ensuite en revue les opinions émises par les chirurgiens du commencement de ce siècle sur la façon dont les scrofuleux réagissent à la suite d'un traumatisme, il rappelle les conclusions anciennement admises à ce sujet.

Il fait voir que, chez les scrofuleux, les grands accidents qui succèdent au traumatisme sont rares; les poussées d'érysipèle ou de lymphangite, quand elles existent, y sont bénignes et presque jamais on n'y constate de phlegmon diffus, d'inflammation gangréneuse ou de pyohémie.

Les scrofuleux, en général, résistent donc bien au choc traumatique, à tel point que Gerdy a pu citer trois amputations de tumeurs blanches où la fièvre traumatique fit à peu près complétement défaut.

Mais il est juste d'ajouter que, si les scrofuleux supportent bien le choc opératoire, et ne succombent guère avant les deux ou trois premiers septénaires, en revanche la période de danger est infiniment plus durable chez eux et le dénoûment final beaucoup plus douteux.

Dans des cas nombreux, en effet, l'opération amène non-seulement un soulagement local, mais aussi une amélioration générale, car l'opéré est délivré d'une source continuelle de douleur et d'épuisement. Mais ce soulagement momentané, qui peut aller jusqu'à simuler ou à faire espérer une guérison complète, ne persiste pas et le malade meurt bientôt épuisé par la maladie générale.

M. Verneuil exprime ainsi son opinion à ce sujet :

« L'intervention chirurgicale arrête la scrofule rarement, l'aggrave quelquefois, et le plus souvent la laisse évoluer en toute liberté. »

L'auteur insiste surtout sur les modificateurs de l'état général, fournis par la thérapeutique, et principalement sur les bains de mer, ou le séjour à la campagne. (*Thèse de Paris*, 1875.)

De la périarthrite scapulo-humérale et de son traitement. — Cette affection, longtemps confondue avec des arthrites de l'articulation scapulo-humérale ou d'autres lésions, telles que la luxation du tendon de la longue portion du biceps, a été décrite pour la première fois par M. Duplay. M. le docteur Gauthier en fait le sujet de son travail.

Les symptômes ordinaires de cette affection, qui succède, soit à une contusion directe, soit à des froissements dus aux mouvements du bras nécessités par certains travaux, sont assez caractéristiques : la difficulté d'élever le bras de façon à atteindre la position horizontale, sans que l'angle inférieur de l'omoplate soit entraîné en dehors : la gêne survenant aussitôt que le bras est élevé à 45 degrés ; l'impossibilité de porter le bras en arrière de façon à atteindre la fesse du côté opposé, et aussi d'atteindre, en portant le bras en avant, l'oreille du côté sain ; la douleur provoquée par ces mouvements, et par la pression sur certains points, tels que : à 4 centimètres au-dessous de l'acromion ; enfin, un certain degré de crépitation qui existe dans quelques cas.

Ces symptômes varient d'intensité suivant que l'affection est aiguë ou chronique.

Le pronostic est bénin ; mais, si on veut débarrasser le malade de la gêne fonctionnelle, qui n'est pas complétement compensée par les mouvements de l'omoplate, on doit suivre la pratique de M. Duplay.

Pour la forme chronique, l'intervention chirurgicale est nécessaire, car elle a pour but de détruire les adhérences qui se sont formées au niveau de la bourse séreuse sous-acromiale.

Le malade étant endormi, et l'omoplate fixée par deux alèzes, le chirurgien imprime au bras des mouvements étendus dans tous les sens et à plusieurs reprises. Ces mouvements, qui exigent une certaine vigueur, s'accompagnent presque constamment d'une sensation de déchirure et de craquements violents perceptibles au toucher et à l'oreille. On ne cesse que lorsque l'humérus joue facilement sur l'omoplate.

Cette opération n'est suivie d'aucun accident. Elle doit être complétée, dès le lendemain, par des exercices méthodiques et gradués, le massage direct, l'emploi de l'électricité contre l'atrophie musculaire.

La forme aiguë nécessite l'emploi local des antiphlogistiques. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Des fistules uréthro-rectales et de leur traitement. —Cette affection, qui n'est pas très-rare, a cependant été rarement étudiée d'une façon spéciale, malgré l'infirmité dont elle est la cause et surtout la difficulté de sa guérison.

Les causes sont pathologiques ou traumatiques. Parmi les premières, les unes agissent de l'urèthre vers le rectum, telles que les rétrécissements, les abcès, les calculs uréthraux, les abcès de la prostate ; les autres agissent du rectum vers l'urèthre, comme certains abcès stercoraux, les hémorrhoïdes et les dégénérescences du rectum.

Les causes traumatiques sont accidentelles ou chirurgicales, et parmi ces dernières il faut citer surtout la taille, les fausses routes, etc.

Les symptômes fonctionnels sont faciles à prévoir ; l'écoulement de l'urine par l'anus est le principal ; mais il faut noter avec soin que cet écoulement n'a lieu que pendant la miction, puisque le sphincter vésical intact retient l'urine. La recherche de l'orifice rectal, souvent caché par un bourgeon ou au fond d'un cul-de-sac, est souvent difficile et nécessite l'emploi du spéculum de Bowman. Enfin il faut signaler la coïncidence fréquente de fistules périnéales, de la rectite et de l'écoulement d'une certaine quantité de pus par l'anus et la verge.

Le traitement comprend deux opérations différentes : si la fistule est de nouvelle formation, si les bords ne sont pas trop endurcis et l'ouverture assez étroite, on pourra obte-

nir l'oblitération par des cautérisations directes du trajet. Mais, si la fistule ne remplit pas ces conditions ou si on a échoué avec les cautérisations, il faudra employer la suture.

On aura eu soin auparavant de rétablir le cours normal de l'urine, si c'est un rétrécissement qui est cause de l'affection.

Les conditions recommandées par l'auteur pour que cette opération délicate réussisse sont les suivantes:

Débrider l'anus autant que possible avec le galvano-cautère du côté des bourses ou du coccyx, pour se donner du jour;

Aviver, comme dans le procédé américain de la fistule vésico-vaginale;

Passer les fils profondément;

Faire de chaque côté de la fistule deux incisions libératrices; ensuite, après s'être assuré du glissement facile de la muqueuse, fixer les anses des fils. (*Thése de Paris*, 1875.)

Des contre-indications de la version dans la présentation de l'épaule et des moyens qui peuvent remplacer cette opération. — Pour le docteur Pinard, les contre-indications de la version sont: 1° la non-dilatation de l'orifice cervical, que cette non-dilatation tienne à la rigidité anatomique ou spasmodique du col, ou qu'elle résulte d'une affection organique, l'existence d'un cancer ou d'une tumeur fibreuse; 2° l'engagement approfondi de la partie fœtale; 3° la rétraction tétanique de l'utérus; 4° les rétrécissements du bassin, et dans ces derniers cas, dans les bassins qui mesurent moins d'un septième de diamètre antéro-postérieur ou de diamètre utile, il importe de distinguer si l'enfant est mort ou si l'enfant est vivant. Si l'enfant est mort, il faudra pratiquer la version toutes les fois que l'introduction de la main sera possible; si l'enfant est vivant, au contraire, M. Pinard se rallie à M. Pajot et propose l'opération césarienne. La dernière partie de la thèse, qui n'est pas la moins importante, surtout pour le praticien, est consacrée aux opérations qui peuvent remplacer la version, c'est-à-dire aux divers procédés d'embryotomie. M. Pinard range ces procédés dans trois grandes classes: 1° ceux qui ont pour but et pour résultat définitif la *version forcée*; 2° ceux qui ont pour but et pour résultat définitif l'*évolution forcée*; 3° ceux qui ont pour but l'*extraction successive des deux parties du fœtus* dont la colonne vertébrale a été sectionnée. Il n'a cru pouvoir mieux faire, pour décrire ces différents procédés, que de citer le texte même des auteurs qui les ont imaginés. (*Thèse d'agrégation*, 1875.)

Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement? — Après avoir montré qu'en pratique on entend, par avortement provoqué, l'expulsion artificielle du produit de la conception qui n'a pas encore atteint deux cent dix jours de vie intra-utérine; après avoir montré qu'au point de vue légal, religieux et moral la provocation de l'avortement était, dans certains cas, une opération légitime, M. de Soyre l'étudie dans plusieurs chapitres qui comprennent: les rétrécissements du bassin et du canal vulvo-utérin; les états graves de la femme dépendant de la grossesse; les états graves indépendants de la grossesse, mais qui reçoivent d'elle un surcroît de gravité, et il arrive aux conclusions qui suivent: 1° il est indiqué de provoquer l'avortement toutes les fois que le bassin rétréci par un obstacle immobile ne permettra pas le passage d'un enfant de sept mois de vie intra-utérine; 2° toutes les fois que la vie de la mère est gravement compromise par des affections qui dépendent de la grossesse et que l'on est en droit, par conséquent, de voir disparaître avec cette grossesse; 3° il est impossible de formuler une ligne de conduite formelle pour les autres cas. L'opportunité de l'opération, dépendant d'une foule de circonstances, est laissée à l'appréciation de l'accoucheur. Mais ce qu'il ne faudra jamais oublier, c'est que l'avortement provoqué n'est pas une opération d'urgence et que le praticien devra toujours, dans quelque cas que ce soit, appeler auprès de lui deux ou trois de ses confrères qui viendront l'éclairer de leurs conseils. (*Thèse d'agrégation*, 1875.)

Des lésions traumatiques du foie. — Le docteur Roustan débute par un historique très-complet de cette question et fait suivre ce premier chapitre de quelques considérations anatomiques utiles pour l'étude du mécanisme de ces lésions.

Les plaies contuses sont divisées, par M. Roustan, en trois groupes, suivant que l'action contondante agit: par choc direct, par pression, par choc indirect ou contre-coup Chacune de ces variétés de contusion est étudiée avec soin et les réflexions de l'auteur sont des plus justes.

L'anatomie pathologique, jusqu'à ce jour incomplète, a été spécialement bien étudiée, et M. Roustan a puisé largement, pour arriver à élucider les points restés obscurs dans cette question, dans un travail important publié par M. Terrillon dans les *Archives de physiologie*, en 1875.

Le pronostic de ces lésions traumatiques mérite aussi d'attirer l'attention. Cependant le chapitre qui lui est consacré se termine par un aphorisme qui, au premier abord, semble banal et superflu, mais qui doit toujours être présent à la mémoire du chirurgien quand il se trouve en présence d'une lésion du foie :

« Le pronostic des lésions traumatiques du foie est bénin en lui-même ; la gravité dépend des complications. »

Combattre le plus tôt possible ces complications, du côté du péritoine principalement, telle doit être la préoccupation du chirurgien ; c'est ainsi que l'auteur arrive au dernier chapitre de sa thèse, qui parle du traitement. (*Thèse d'agrégation*, 1875.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE[1]

TRAVAUX A CONSULTER.

Messo. Dott. Angelo. De l'action du tartre stibié. (*Lo Sperimentale*, décembre 1875. t. XXXVI, p. 616.)

Curci Dott. Antonio. De l'action des préparations d'argent sur les systèmes nerveux et musculaire. (*Eod. loc.*, p. 637.)

F. Burioli. Deux cas très-graves de pannus vasculaire de la choroïde guéris par l'emploi topique de la poudre de bisulfate de quinine. (*Annali di ottalmologia*, anno IV, fasc. 4, 1875, p. 469.)

Fr. Aguado Morari. Un cas de guérison de la phthisie. (*El Siglo medico*, 14 novembre 1875, p. 727.)

M. de Cristoforis. La Transfusion du sang. (*Annali universi di medicina e chirurgia*, vol. CCXXXIV, novembre 1875, p. 193.)

A. Tebaldi. Transfusion de sang humain chez une femme anémique par cachexie palustre, avec altération mentale. Mort. (*Gazzetta med. italiana provincie venete*, 25 décembre 1875, n° 52, p. 409.)

Domenico Rasia. Cas de tétanos traumatique guéri par l'emploi de l'hydrate de chloral. (*Id.*, n° 51, p. 401.)

— Plusieurs cas d'invagination intestinale guéris après l'ouverture de l'abdomen. (*British med. Journal*, 1er janvier 1876, p. 24.)

---

(1) Le Répertoire ne pouvant contenir l'analyse de tous les travaux thérapeutiques qui paraissent dans la presse étrangère, nous croyons utile d'indiquer désormais dans chaque numéro, à l'index bibliographique, tous les mémoires étrangers qui, ne pouvant trouver place dans le Répertoire, méritent cependant l'attention de nos lecteurs, qui apprécieront, nous en sommes persuadés, la valeur et l'importance de ces indications.

Le Comité de rédaction.

X. de Brito. Considérations sur les trois premiers cas, en Portugal, de l'emploi de l'aspirateur pneumatique de Dieulafoy dans le traitement de la rétention d'urine, par le professeur Ad. Silva. (*O Correio medico de Lisboa*, 22 novembre 1875, p. 91.)

Kebbell. Fracture compliquée du crâne ; issue de matière cérébrale ; paralysie partielle du bras droit. Extraction de treize fragments d'os. Guérison. (*The Lancet*, 1er janvier, 1876, p. 11.)

Richardson. Notes sur l'emploi thérapeutique de l'alcool. (*Id.*, p. 6.)

E.-A. Motta. De l'emploi de l'acide phénique dans le traitement des fièvres intermittentes. (*O Correio medico de Lisboa*, numéros d'août, septembre-octobre 1875.) — De la dilatation de l'urèthre chez la femme Hewetson. (*The Lancet*, 4 décembre 1875. — *Heath*, 11 décembre. — *Edis*, 25 décembre, p. 909.)

Fergusson. Remarques sur le bec-de-lièvre et les divisions de la voûte palatine. (*The Lancet*, 25 décembre 1875, p. 771. — 1er janvier 1876, p. 3.)

Secondo Mancini. Etude sur l'apomorphine. (*Il Raccoglitori medico*, 1875, 4e série, 4e volume, p. 465.)

Vito Petruzelli. Du chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie. (*Id.*, p. 488.)

Mario Giommi. Guérison d'un cas d'obstruction intestinale par l'application des courants induits. (*Id.*, p. 401.)

VARIÉTÉS

HÔPITAUX DE PARIS. — Liste des élèves en médecine nommés *internes et externes des hôpitaux* à la suite des derniers concours :

1° *Internes titulaires.* — Barth, Poisson, Robin, Bide, Brissaud, Benoît, Nélaton, Piéchaud, Lebec, Gœtz, Ramonède, Bellouard, Weiss, Jalaguier, Faucher, Monod (Eugène), Quenu, Nitot, Duvernoy, Chuquet, Saint-Ange, Langlebert, Cruet, Lataste, Levrat, Béringier, Chambard, Sabourin, Chevallereau, Mahot, Vermeil, Segond, Mayord, Castex, Cotti, Bazy, Reynier (Paul), Trembley, Boussi, Deschamps, Artus, Gauché, Ballet, Maygrier, Herpin, Leroux, Paul Boncour. Total : 47.

2° *Internes provisoires.* — A. Robert, Lacoste, Brault, Merklen, Poulin, Brun, Lapierre, Beraud, Devillers, Pachot, Doléris, Clément, Charreyron, Darcy, Herbelin, Coingt, Rivet, Galland, Morisset, Vimont, Boullet, Decaye, Mossé, Talamont, Routier, Boursier, Oudin, Havage, Barthélemy, Guillemet, Arnoult, Meunier, Féré, Baraduc. Total : 34.

— *Liste des externes.*— MM. Labat, Gillet, Poirier, Robert, Berlin, Walther, Sainton, Gueneau de Mussy, Cantelou, Pecaut, Canivet, Delpeuch, Chauffard, Mathieu, Zacharian, Legendre (Xavier), Latour de Saint-Ygest, Chatelin, Schlemmer, Ferrand, Beaurieux, Variot, Barthelemy, Sheahan, Mauvais, Comby, Bierry, Pasquet, Torrès, Henryet, de Launay, Netter, Garcia-Lavin, Magnin, Leroux, de Molènes (J.-J.), Perrin, Devillers, Martinet, Haussmann, Jumon, Grizou, Courtois, Darcy, Morisset, de Fontaine, Duplaix, Donon, Calmettes, Herbelin, Dericq, Ménard, Dubois, Coingt, Béclère, Luc, Karth, Gervais, Lesavre, Debelut, Boé, Doublet, Choquart, Leclerc (René), Gussaud, Carreau, Lacaze, Outin, Barette,

Demmler, Leroy, Chambellan, Ramonat, Isnard, Noimant, Lelongt, Fieffé-Montgey, Garcia, Derignac, Gibon, Hoël, Blin, Diéterlin, Gouyou-Beau-champ, Dupin, Jacquinot, Schmit (Charles), Machado, Bouchard, de Molènes (J.-L.), Ludger, Cadeillau, Durand-Fardel, Raimbert, Le Bris, Kaufmann, Tauffieb, Cabarrou, Meunier, d'Hôtel, Verchère, Moutard-Lespille, Leclerc (Paul), Hervé, Dellas, Arène, Delotte, Laussédat, Lartigat, Passeau, Redon, Bimsenstein, Reignier, Dupont, Bellangé, Cordier, Brugère, Laverde, Baronnet, Auvard, Siredey, Pricur, Guiard, Hué, Pouzet, Lemarignier, Ducluzaux, Colin, Renault, Florez, Bozonet, Lemaigre, Rivet, Bouley, Deseille, Le Rolland, Vacary, Olivier, Brevet, Rivaud, Torthe, Berton, San-Martin, Levaillant, Bloch, Boissard, Ducasse, Culan, Desplans, Malgouverné, Belin, Metzjer, Baraduc, Havage, Mook, Rouxeau, Galland, Chevance, Beme, Dufraisse, Lalesque, Surbled, Sazie, Tison, Renou, Micusseus, Dungbois, Berthaut, Cheurlin, Chabrun, Celles, Weber, Ancelin, Damalix, Pedebidou, Brodeur, Limbe, Martellière, Menager, Schmitt, Manect, Goubert, Bounot, de Mersmann, Yvon, Paulin, Sabatié, Laurent, Fourrière, Balland, Guyot, Lefranc, Satis, Germont, Delage, Regnard, Gibard, Dauvé, Sapelier, Bolliet, Guilleux, de Gennes, Rouveix, Godmel, Capelle, Moussé, Rageot de la Touche, Jourdain, Biennenut, Geffrier, Decrossas, de Lagoanère, Jouin, Vauthier, Mauxion, Lecompte, Soyez, Thiron, Faurot, Fonson, Ficatier, Thiellé, Pacton, Marchand, Amirault, Grégoire. Total : 225.

Concours. — Le concours international institué à Genève, sur le repos dominical au point de vue de l'hygiène, vient de se terminer; un jury, composé de onze docteurs de différentes villes de Suisse, a examiné cinquante-trois mémoires envoyés par des médecins de tous les pays il a couronné douze de ces derniers, et, en première ligne, le travail de M. le docteur Francisque Garnier (de Lyon), lauréat de l'Académie de médecine de Paris.

Cours. — Le docteur Dujardin-Beaumetz a commencé un cours de thérapeutique à l'Ecole pratique, amphithéâtre nº 3, le mardi 11 janvier, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à cinq heures.

Nécrologie.— Le docteur Castelain père, à Lille. — Le docteur Perouse, de Lyon. — M. Michel Prudent, lauréat de l'Ecole de médecine de Lyon. — Le docteur Guesney, de Neubourg, l'un des praticiens les distingués du département de l'Eure. — Le docteur Viucent Pinoli, doyen de la Faculté de Padoue, mort à l'âge de soixante-treize ans. — Dauiel Egbert, médecin-directeur du service de santé de la marine des Etats-Unis. — Le docteur James Armsby, professeur à l'*Albany medical College.*

L'administrateur gérant : **DOIN.**

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement du *pityriasis capitis* par les solutions chloralées (1);

Par M. le docteur L. Martineau, médecin des hôpitaux, membre de la Société de thérapeutique.

L'emploi du chloral se généralise de plus en plus ; à la Société de thérapeutique, revient l'honneur d'avoir fait connaître les indications nombreuses de ce médicament. Depuis les travaux de mon ami le docteur Dujardin-Beaumetz, j'ai signalé avec lui l'action de ce médicament sur les plaies, les eschares qui surviennent dans les maladies graves ; j'ai montré comme lui son efficacité en injections dans les cavités closes suppurantes (*pleurésie suppurante*, *kyste suppuré de la rate*). J'ai appelé l'attention de la Société sur son action modificatrice dans les plaies cancéreuses (*cancer ulcéré du sein*, *cancer de l'utérus*), et dans ces affections j'ai mis en évidence ses propriétés hémostatiques.

Je laisse de côté, aujourd'hui, l'indication de ce médicament comme agent analgésique, notamment dans la *colique hépatique*, la *colique néphrétique*, où il agit avec rapidité lorsqu'on le donne à la dose de 1 gramme dans un lavement de 125 grammes, en ayant soin de renouveler ces lavements toutes les demi-heures, jusqu'à cessation complète des accidents douloureux, pour appeler votre attention sur une affection où ce médicament m'a rendu depuis plus de deux ans des services signalés. Les nombreuses observations que j'ai pu recueillir depuis cette époque, les succès que j'ai obtenus, me font un devoir de ne pas laisser ignorer plus longtemps les faits sur lesquels je désire attirer l'attention des membres de la Société de thérapeutique.

Il s'agit du traitement du *pityriasis capitis*, simplex ou alba, par le chloral. Cette affection prurigineuse et incommode par sa persistance et sa résistance aux divers médicaments institués pour le détruire a été, vous le savez, l'objectif de tous les médecins, aussi ne faut-il pas s'étonner de la quantité innombrable des médica-

(1) Note lue à la Société de thérapeutique dans la séance du 12 janvier 1876.

ments préconisés. Si je ne me trompe, le chloral nous offre peut-être un moyen, sinon certain, du moins très-efficace pour le traitement de cette rebelle affection. Cette médication a été non-seulement expérimentée par moi, mais encore par plusieurs médecins, parmi lesquels je citerai mon excellent maître M. le professeur A. Tardieu : elle lui a donné, comme à moi, des résultats excellents. Voici la composition de la solution de chloral préparée par notre collègue M. le pharmacien Delpech, et la dose à laquelle je me suis arrêté après plusieurs expériences :

Eau	500 grammes.
Hydrate de chloral	25 —

Je fais mettre une à deux cuillerées à bouche de cette solution dans un petit vase (un coquetier, par exemple), on fait tiédir au bain-marie, puis, avec une éponge, on lotionne en frictionnant légèrement le cuir chevelu. Il faut avoir soin de ne pas sécher avec un linge les parties ainsi lotionnées. Dès le contact de la solution sur le cuir chevelu, on éprouve une légère chaleur, la peau devient rosée ; ces phénomènes sont passagers, à peine persistent-ils une à deux minutes. Le jour même, les démangeaisons sont moins fortes ; parfois elles disparaissent pour ne plus revenir. Si elles persistent, les lotions faites les jours suivants, toujours le matin, afin d'éviter l'humidité de la tête pendant la nuit, en ont bien vite raison. En même temps les pellicules disparaissent ; si l'on a soin de recommander aux personnes atteintes de cette incommodité de continuer les lotions pendant un mois au moins, la guérison du pityriasis est certaine, surtout lorsqu'il est récent. Si, au contraire, il existe depuis longtemps, depuis plusieurs années, dès les premiers jours l'affection disparaît, mais elle reviendra au bout d'un temps parfois très-long, parfois très-rapproché. Dans ce cas, il faut recommencer tant que le pityriasis persistera. Il n'y a à craindre aucun inconvénient de l'emploi journalier de cette solution. Je n'ai jamais vu survenir du côté de la peau, avec la solution ainsi dosée, aucune éruption, aucune lésion résultant de l'action irritante du chloral. Parmi les nombreux malades soumis à cette médication, et dont les observations surchargeraient outre mesure cette note, j'ai obtenu des guérisons incontestables, lorsque le pityriasis est récent ; des améliorations toujours et comme, dans ce cas, on peut continuer journellement le traitement, on débarrasse les malades de

leur prurit et de leurs pellicules, ce qui est déjà quelque chose.

Le *pityriasis capitis* s'accompagne parfois d'érythème de la peau, de papules de prurigo, caractères communs à toutes les affections prurigineuses ; dans ce cas, surtout si l'affection est ancienne, la solution, suivant la formule que j'en ai donnée plus haut, peut échouer. Pour obtenir un résultat plus efficace et plus prompt, il faut y adjoindre la liqueur de van Swieten. M. Delpech, qui a eu l'idée de ce mélange, prépare alors la solution suivante :

Eau	500	grammes.
Hydrate de chloral	25	—
Liqueur de van Swieten.	100	—

Cette solution fait disparaître assez rapidement les complications du pityriasis, et alors on revient à l'emploi de la première solution.

Comment agit le chloral en solution, dans cette affection si rebelle ? Est-ce comme agent analgésique ? est-ce comme agent modificateur de la peau ? Le chloral a été préconisé contre les affections prurigineuses par plusieurs médecins, notamment par mon collègue et ami M. Vidal. Moi-même, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de l'employer contre les démangeaisons qui succèdent à l'eczéma, contre le prurit vulvaire, et cela avec le plus grand succès. Je crois, toutefois, qu'il agit d'une autre manière dans le traitement du *pityriasis capitis*. C'est pour moi un véritable modificateur, soit qu'il agisse en tuant le parasite, qui constituerait, suivant M. Malassez, le pityriasis, soit qu'il agisse en modifiant les sécrétions cutanées. En effet, il ne calme pas seulement la démangeaison, mais il détruit la production morbide épithéliale qui constitue la pellicule du pityriasis ; aussi, comme corollaire de cette action, ai-je vu la chute des cheveux s'arrêter ; c'est probablement à l'influence d'une irritation du bulbe pileux, qu'il faut attribuer l'accroissement plus rapide des cheveux que j'ai toujours observé en pareil cas.

On pourrait peut-être aussi invoquer l'action parasiticide du chloral ; on sait, en effet, que M. Dujardin-Beaumetz, d'après des essais tentés par M. le docteur Maillet, médecin du pénitencier des Douaires (voir t. LXXXVI, p. 138), a employé le chloral dans le traitement des teignes, et quoiqu'il n'ait pas observé les cures rapides signalées par ce médecin, il a cependant noté que les solutions chloralées donnaient, dans ce traitement, les mêmes

résultats que les autres parasiticides; cependant cette action me paraît incertaine, vu la nature parasitaire douteuse du *pityriasis capitis*.

L'action modificatrice exercée sur les plaies et les surfaces suppurantes est indéniable; aussi est-ce à cette action qu'il faut attribuer les résultats heureux que j'ai obtenus dans le traitement du *pityriasis capitis*.

J'aurais désiré ajouter à cette communication les résultats que j'ai obtenus en 1875, à l'hôpital Beaujon, avec les crayons de chloral, dans le traitement de la *métrite chronique*, compliquée de *métrorrhagie;* mais — comme mes observations ne sont pas encore assez nombreuses, quoiqu'elles soient très-concluantes, et que, d'un autre côté, l'action de ce médicament dans les autres espèces de *métrites*, dans les *vaginites*, notamment dans la *vaginite blennorrhagique*, que je traite par les applications des tampons ouatés imbibés dans une solution de chloral, me paraît indiscutable — je préfère cependant retarder cette communication, continuer mes études, afin de pouvoir vous exposer des résultats certains, fruits d'une expérience prolongée, conduite qu'il faudrait toujours tenir dans l'étude des médicaments.

Nouvelles observations sur le traitement curatif de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (1);

Par M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière.

Obs. VI. — *Folie lypémaniaque avec hallucinations de l'ouïe, de la vue et de l'odorat; guérison par le chlorhydrate de morphine.* — J'ai commencé à donner des soins fin mai 1875, à Mme St., âgée de trente-deux ans.

Sa mère est très-nerveuse; elle a toujours été très-impressionnable, elle est petite, maigre; trois fausses couches à la suite de peurs, d'impressions pénibles. Depuis trois mois, état d'inquiétude, causé par des hallucinations de la vue, de l'ouïe. Elle entend des voix qui disent qu'elle a volé dans la caisse. Elle me montre des trous faits par des clous dans les murs de sa chambre, et me dit qu'ils ont été faits récemment pour regarder chez elle. Elle m'ajoute qu'on entre dans son appartement pendant son absence, et qu'on dérange ses meubles. Elle fait des scènes continuelles à son mari, à sa mère à ce sujet.

Elle ressent des odeurs de soufre. Les hallucinations et les illusions sont bien plus fortes au moment des règles.

---

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

Elle est devenue très-impressionnable, elle ressent des auras post-sternales, des maux de tête.

Le caractère est devenu détestable.

Les pupilles sont égales. Pas de troubles de la vue, ni de bourdonnements d'oreille, odorat normal.

J'essaye pendant un mois et demi de donner de la solution de chlorhydrate de morphine par la bouche, et j'arrive progressivement à la dose de 5 centigrammes; mais la maladie n'est nullement atténuée.

Des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine sont faites deux fois par jour, à la dose maximum de 3 centigrammes.

Les hallucinations diminuent peu à peu, et disparaissent dans le mois d'octobre.

Le traitement est continué pendant deux autres mois à la dose de 1 centigramme par jour, sans que les hallucinations et le délire se soient reproduits. Le caractère est redevenu doux.

Cette observation emprunte une certaine importance à cette circonstance, que la malade a pu guérir malgré que je l'aie traitée dans son domicile, et sans qu'aucune disposition intérieure de son appartement ait été changée.

Obs. VII. — *Folie mélancolique avec stupeur ; guérison en sept jours par les injections sous-cutanées de morphine.* — Mme Hel.., âgée de vingt-cinq ans, est confiée à mes soins le 9 mars 1875, dans un état de folie mélancolique avec stupeur et mutisme. Son mari et son médecin sont obligés de la traîner jusque dans mon cabinet. Elle est accouchée il y a trois mois, et a allaité. L'affection mentale date de deux mois. La menstruation est revenue deux fois depuis l'accouchement.

Elle manifeste de l'aversion pour son mari, ses enfants.

Apyrexie, pupilles égales. Pas d'ataxie de la langue et des lèvres.

Traits contractés, pouls très-petit, mais résistant; se refuse à manger.

Traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Dose initiale, 5 milligrammes trois fois par jour.

12 mars. — La dose est arrivée à 4 centigrammes trois fois par jour.

L'amélioration est considérable. Elle est debout, me parle, me dit qu'elle souffrait, et qu'elle souffre de l'épigastre.

Elle s'occupe depuis hier de son enfant.

Dose, 4 centigrammes et demi trois fois par jour.

16 mars. — Je la trouve s'occupant de son enfant, qu'elle tient dans ses bras. La physionomie est éveillée, la mine est bonne.

Elle mange comme avant sa maladie.

Elle parle de ce qu'elle éprouvait, et attribue son état mental à la douleur qu'elle avait.

Dose, 4 centigrammes et demi trois fois par jour.

21 mars. — Guérison. La malade retourne dans la ville de province d'où elle m'avait été amenée.

12 avril. — La guérison ne s'est pas démentie.

Obs. VIII. — *Folie lypémaniaque causée par des hallucinations de l'ouïe;*

guérison. — La nommée An.., soixante-trois ans, est entrée le 16 août 1875 dans mon service, avec du délire de persécution, des hallucinations de l'ouïe et de l'odorat, des tendances hypochondriaques.

Cette femme est atteinte depuis onze ans de surdité et de bourdonnements d'oreille. Elle a commencé il y a sept ou huit ans à entendre des voix de femmes qui se moquaient d'elle et à croire qu'on la poursuivait.

Pâleur de la face, traits réguliers, pupilles égales. Pas de phénomènes ataxiques, de trouble de la parole; sifflements d'oreille.

Aucune conscience de son état. Elle est persuadée de la réalité de ses hallucinations; anémie.

10 septembre. — L'état restant le même, traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine.

Dose initiale, 3 milligrammes deux fois par jour.

26 septembre.— La dose est arrivée à 9 centigrammes en deux fois, matin et soir.

La malade n'a plus d'hallucinations ni de tintements d'oreille, elle nous remercie des bons soins que nous lui avons donnés, et reconnaît qu'elle était malade. Elle admet que les voix qu'elle entendait étaient le fait de la maladie.

3 octobre. — Physionomie éveillée, n'a plus eu d'hallucinations.

25 octobre. — Suspension du médicament.

18 novembre. — La malade sort guérie.

Obs. IX. — *Folie lypémaniaque avec hallucinations, idées mystiques; guérison par la morphine.* — La nommée Fic, âgée de trente-huit ans, cuisinière, est entrée dans mon service le 30 août 1873. Atteinte de folie simple avec idées mystiques et stupeur.

Traits réguliers, sens normaux. Pupilles égales.

Pas d'ataxie de la langue ni des lèvres. Pas d'anesthésie ni hyperesthésie; mutisme, stupeur.

A une vaginite vénérienne.

La maladie mentale date de plusieurs mois. Depuis longtemps déjà, on s'apercevait d'un certain changement dans son allure, de manque de mémoire. Elle disait que les enfants se moquaient d'elle dans la rue.

9 septembre. — Commencement du traitement, 6 milligrammes.

12 septembre. — 35 milligrammes le matin et 24 milligrammes le soir. Commence à parler un peu; vomissements.

14 septembre. — 70 milligrammes le matin. Elle me raconte des hallucinations terrifiantes qu'elle a eues. Elle voyait le diable, et entendait la sainte Vierge. Elle se souvient des actes et des paroles qui ont amené son arrestation.

20 octobre. — 9 milligrammes. N'a plus d'hallucinations. Travaille, se plaint d'inappétence, de frisson et de faiblesse.

27 octobre. — 111 milligrammes (matin et soir), son état s'améliore.

15 novembre. — 96 milligrammes (matin et soir).

6 décembre. — 64 milligrammes.

18 décembre. — 48 milligrammes. Elle engraisse.

1er janvier 1874. — Va bien; 32 milligrammes.

13 janvier. — Cessation du traitement.

Le 2 mars suivant elle sort guérie, après m'avoir raconté tous les détails de sa maladie.

Elle a la conscience très-nette du trouble mental dans lequel elle était.

Obs. X. — *Folie lypémaniaque avec hallucinations; guérison par les injections sous-cutanées de morphine.* — La nommée Pie.., âgée de cinquante et un ans, est entrée dans mon service le 3 février 1875.

Traits réguliers, sens normaux, pupilles égales; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres, pas de goître, pas de ganglions cervicaux postérieurs. Pas de menstruation; température rectale, 37°,6.

Déjà traitée deux fois à la suite de chagrins, et de fatigues de sa profession qui sont la cause déterminante actuelle.

Il est impossible de savoir la nature de ses hallucinations. Ne répond que par des phrases incohérentes aux questions qu'on lui fait. On l'a entendue dire qu'elle voyait le démon.

5 février. — Vésicatoire à l'occiput rasé.

9 février. — Est un peu calmée; commencement du traitement par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, 3 milligrammes matin et soir.

12 février. — Plus calme. Elle a dormi. Elle dit sentir des *asticolations* dans les jambes. Elle a toujours des idées délirantes tristes, 21 milligrammes matin et soir.

19 février. — Bien améliorée. Regard clair. Elle reconnaît avoir été malade; 32 milligrammes matin et soir.

2 mars. — Parle raisonnablement, explique son délire; 16 milligrammes matin et soir.

9 mars. — 6 milligrammes matin et soir.

15 mars. — 3 milligrammes seulement le soir, au point de vue du sommeil.

1er juin. — Elle sort dans un état de guérison, reconnaissant bien qu'elle a eu la tête troublée, disant qu'elle a eu des hallucinations de l'ouïe et des craintes qu'on ne lui fît du mal.

23 décembre. — Elle vient me voir; va très-bien.

Obs. XI. — *Folie lypémaniaque avec hallucinations; traitement par la morphine; guérison.* — La nommée Thi..., âgée de cinquante-six ans, marchande d'habits, est entrée dans mon service le 8 janvier 1874, dans un état de folie lypémaniaque avec hallucinations.

Physionomie triste, traits réguliers, vue trouble, bourdonnements dans l'oreille droite, et absence à peu près complète de l'ouïe du même côté. Odorat normal; pas d'ataxie de la langue; parole nette; pas de goître.

Mal conformée, la voûte palatine présente à sa partie médiane un creux profond qui se dirige à gauche; mémoire à peu près intacte.

Hallucinations de la vue et de l'ouïe; croit avoir tué sa fille; idées de suicide.

Prédisposition héréditaire.

La maladie remonte à cinq mois et a débuté par de la céphalalgie, des douleurs généralisées, de l'insomnie, des peurs.

13 janvier. — Commencement du traitement par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, 3 milligrammes.

21 janvier. — 32 milligrammes, vomissements dès le début.

26 janvier. — 64 milligrammes, effets narcotiques très-marqués.

3 février. — 96 milligrammes.

9 février. — 105 milligrammes le matin et le soir.

16 février. — 13 centigrammes le matin.

Entend toujours la voix de sa fille.

Même dose le matin, jusqu'au 6 mars.

10 mars. — Va beaucoup mieux; a reconnu son mari et sa fille qui sont venus la voir; se rappelle une grande partie de ses idées délirantes; a conscience de son état de maladie passée; n'a plus d'hallucinations, 64 milligrammes le matin.

20 mars. — 32 milligrammes le matin.

24 mars. — 16 milligrammes le matin.

30 mars. — Cessation du traitement.

13 avril. — Elle sort guérie de mon service.

Je l'ai revue en juillet 1875, elle était bien portante et m'amenait pour les traiter deux femmes atteintes d'hallucinations.

Obs. XII. — *Folie lypémaniaque avec hallucinations; guérison par la morphine.* — La nommée L..., âgée de quarante-neuf ans, domestique, est entrée dans mon service le 12 janvier 1874, atteinte de folie lypémaniaque liée à de l'hystérie, et caractérisée par des idées de persécution et des hallucinations.

Traits réguliers, sens normaux, pupilles égales, petites; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; parole nette; pas de goître; pas d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. Pas d'anesthésie, ni d'hyperesthésie; très-émotive. Douleur ovarienne à gauche.

Conceptions délirantes variées. Elle entend une voix d'homme qui lui parle en dedans, par la poitrine; mais elle n'entend jamais cette voix par les oreilles.

Déjà traitée plusieurs fois dans divers asiles.

13 janvier. — Commencement du traitement, 3 milligrammes (matin et soir).

16 janvier. — 16 milligrammes. La visite du médecin l'excite beaucoup.

22 janvier. — 64 milligrammes le matin.

27 janvier. — 13 centigrammes le matin.

13 février. — Nausées et vomissements, 19 centigrammes et demi le matin.

25 février. — 23 centigrammes le matin. A conscience de son état depuis plusieurs jours, se souvient en grande partie de ses paroles et de ses actes depuis son entrée. La dose est abaissée progressivement.

11 mars. — 13 centigrammes le matin. Caractère égal, tenue raisonnable.

19 mars. — 9 centigrammes.

24 mars. — 6 centigrammes et demi.

30 mars. — 32 milligrammes.

15 avril. — Cessation des injections. Son état est satisfaisant.

Elle continue à prendre 2 centigrammes de morphine en pilule, et sort guérie le 29 avril 1874.

Je l'ai revue en juin 1875 bien portante.

Obs. XIII. — *Folie lypémaniaque, idées de persécution, névralgies, hallucinations de l'ouïe ; guérison par la morphine.* — La nommée L..., âgée de trente-sept ans, cuisinière, est entrée dans mon service le 14 janvier 1874, atteinte de folie névropathique avec troubles de la sensibilité générale et idées de persécution.

Traits réguliers, vue trouble, pupilles égales, contractiles, les autres sens normaux ; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres ; parole nette ; pas d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. Rien de particulier aux poumons, souffle doux systolique à la base du cœur ; souffle doux continu au cou à droite.

Menstruation peu abondante, maigreur; force musculaire normale; pas de douleurs ovariennes ; aura épigastrique. Conceptions délirantes variées; idées de persécution, illusions.

15 janvier. — Commencement du traitement, 2 milligrammes (matin et soir).

17 janvier. — 9 milligrammes ; nausées, somnolence.

23 janvier. — 35 milligrammes ; somnolence, vomissements.

27 janvier. — 64 milligrammes (matin et soir).

2 février. — 82 milligrammes le matin. Elle me dit qu'elle entend moins les voix qui parlaient près d'elle ; a conscience de son état de maladie.

11 février. — 13 centigrammes.

16 février. — 15 centigrammes ; vomissements, faiblesse très-grande. N'a plus d'appétit, céphalalgie, somnolence. La dose est brusquement abaissée à 64 milligrammes le matin, et l'on cesse les injections le soir.

17 février. — Même état, 32 milligrammes.

26 février. — Elle se souvient de tout ce qu'elle a dit et fait depuis qu'elle est ici, se sent mieux. Le regard est vif; la physionomie s'est éclaircie ; 32 milligrammes.

7 mars. — Elle me raconte les débuts de sa maladie.

Elle a entendu des voix qui lui faisaient peur, croyait voir des chiens qui sautaient sur son lit, des sorciers. Elle dort bien la nuit, travaille dans la journée; 32 milligrammes. La dose est progressivement abaissée jusqu'au 28 mars, où cesse le traitement.

Le 4 mai, elle sort guérie.

Je l'ai revue en octobre 1875, bien portante.

Obs. XIV. — *Folie lypémaniaque avec hallucinations; guérison par la morphine.* — La nommée Guy..., âgée de quarante et un ans, domestique, est entrée dans mon service le 27 avril 1874.

Traits réguliers, sens normaux, pupilles égales; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; pas d'anesthésie ni hyperesthésie. Force musculaire normale, sommeil régulier, menstruation régulière, mais peu abondante.

Ne paraît pas avoir d'hallucinations.

Mémoire nette.

Son état mélancolique paraît lié à des douleurs abdominales très-vives.

6 mai. — Commencement du traitement par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, 3 milligrammes.

8 mai. — Prendra en outre 1 centigramme, en solution dans du vin; 18 milligrammes.

19 mai. — Vomissements; 85 milligrammes.

26 mai. — 13 centigrammes, un peu moins de tristesse.

6 juin. — 16 centigrammes et demi. M'explique pour la première fois ce qu'elle éprouve.

19 juin. — 21 centigrammes. Répond raisonnablement. Attitude moins embarrassée.

23 juin. — 22 centigrammes.

Même dose jusqu'au 6 juillet.

L'amélioration persistant, les doses sont diminuées.

21 juillet. — 13 centigrammes.

31 juillet. — 6 centigrammes et demi.

4 août. — 32 milligrammes.

12 août. — Cessation du traitement.

13 août. — La malade sort guérie.

Obs. XV. — *Folie mélancolique avec cyanose, œdème des extrémités, mutisme, stupeur et hallucination.* — Mlle D.., âgée de seize ans, fut confiée à mes soins le 30 octobre 1875.

La maladie actuelle a été causée par un chagrin d'amour, et a débuté le 7 septembre par de la stupeur, du mutisme suivi d'agitations et d'incohérence de paroles et d'actes.

Pendant quinze jours elle s'est mise à crier, s'est roulée à terre, a cherché à se brûler les cheveux, puis elle est retombée dans le mutisme, qui ne s'est pas démenti jusqu'au 30 octobre. Les extrémités des membres sont violacées, froides et œdématiées. Le pouls très-petit et résistant; mutisme absolu, pupilles très-larges.

La malade laisse aller sous elle.

Le traitement morphinique est poussé progressivement à la dose de 3 centigrammes par jour.

Le troisième jour, l'état violacé des extrémités a disparu; le pouls s'est relevé, il n'y a plus d'œdème, les doses sont augmentées, jusqu'à 10 centigrammes par jour, en trois injections sous-cutanées, et la guérison a pu être considérée comme complète, au bout de trois semaines.

La malade racontait déjà depuis quelques jours, qu'elle entendait des voix effrayantes.

24 janvier 1876. — La guérison ne s'est pas démentie. La physionomie respire la santé.

2° catégorie. — Les quatre cas de guérison suivants m'ont paru particulièrement intéressants, parce que la folie s'était compliquée de diminution de la mémoire, d'un certain degré de démence, et parce que dans plusieurs d'entre eux la maladie a présenté deux phases bien distinctes, où la thérapeutique a dû être complétement différente.

La seizième observation indique la possibilité de guérir les aliénés atteints d'amnésie, de démence aigüe. La connexité qui existe entre la folie névropathique et la congestion cérébrale, et la nécessité de guérir l'état congestif avant de traiter l'état névropathique. Cette observation montre encore l'importance de faire le diagnostic anatomique de la folie, diagnostic que l'on peut faire, quoi qu'en disent certains médecins.

OBS. XVI. — *Folie générale, hallucinations, délire de richesses, de satisfaction, caractères de la démence aiguë. Phénomènes congestifs compliquant l'état névropathique; traitement primitif par les révulsifs et les antiphlogistiques; médication secondaire par la morphine; guérison. Dose maximum, 24 centigrammes par jour.* — La nommée Rou..., âgée de vingt ans, journalière, est entrée le 10 avril 1874, dans mon service, dans un état de manie aiguë.

Pas d'antécédents héréditaires. La maladie date de quinze jours, et paraît être le résultat d'un chagrin de cœur. Pas d'attaques convulsives antérieures.

Elle a commencé à dire qu'elle était riche, qu'elle voulait se marier avec un homme riche, qu'elle n'avait plus besoin de travailler, et à passer son temps à lire des journaux, des livres. Puis elle est tombée dans une vive agitation, elle s'est mise à casser les meubles, les vitres.

A son entrée, je la trouve très-agitée, parlant avec une grande incohérence.

Les pupilles sont égales.

Les conjonctives sont fortement injectées, l'injection s'arrête à 2 millimètres du bord de la cornée. La papille est normale; pas de flexuosités des artères centrales; pas de turgescence des veines centrales. La vue paraît normale.

Pas d'ataxie de la langue, ni des lèvres, ni des mains.

Souffle continu, musical dans les vaisseaux du cou; enrouement consécutif à ses cris; parole facile.

Pas de règles en ce moment.

La malade ne sait pas où elle est, les jours de la semaine, du mois.

Elle parle d'une foule de choses qu'elle a dû voir, ou entendre.

Elle dit qu'elle est la plus belle de France, qu'elle a vu tous les soldats, gardes nationaux du monde. Voici une partie de son récit raconté sans interruption :

« J'étais vivante, j'ai passé les trois jours, on a dit; il y a une sainte mère; uno disait. J'étais la plus belle, elle était dans le jardin, je dirai tout ce que j'ai vu, le printemps va arriver. L'ail m'a fait voir M. Léon, on a donné *le Journal illustré*, il y avait là les plus belles parures do Paris. »

Elle se retourne brusquement en arrière, avec l'apparence de la frayeur, puis fixe le parquet comme si elle entendait parler sous elle. Température axillaire : 36°,2.

L'état de ses yeux et la forme ambitieuse de son délire me paraissant indiquer qu'il existe un état congestif cérébral, je fais appliquer pendant

quarante-huit heures un grand vésicatoire volant, à l'occiput préalablement rasé.

15 avril. — Est calme, me dit qu'elle a été très-effrayée dans la maison qu'elle habitait, qu'elle y voyait tout dérangé.

Elle ne se rappelle pas m'avoir dit qu'elle était la plus belle de France.

22 avril. — Un peu d'agitation; récits décousus. Elle ne se rappelle pas avoir parlé de richesse, n'a plus d'idées de richesse, mais elle entremêle Geneviève de Brabant, Robert le Diable et les Trois Anges de Bondy.

Elle ne sait pas depuis quand elle est ici, ne se rappelle pas que sa mère est morte en couches.

Pas de fièvre le soir ni le matin. Nouveau vésicatoire à l'occiput.

8 mai. — Elle manifeste beaucoup d'enfantillage.

Même état des yeux, vésicatoires permanents en arrière des oreilles.

4 juin. — Vésicatoire à l'occiput.

4 juillet. — Vésicatoire à l'occiput.

13 juillet. — La malade est toujours sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe; elle passe ses journées immobile, a montré beaucoup d'enfantillage.

Température axillaire : 38 degrés; vésicatoire à l'occiput.

4 août. — Température axillaire : 37 degrés et demi.

La congestion des yeux a presque disparu sous l'influence de scarifications répétées des vaisseaux sous-conjonctivaux faites, depuis deux mois, tous les trois jours, et la malade, qui me disait voir comme de la fumée, a maintenant la vue nette. Chaque sacrification a du reste fait disparaître pendant quelques jours la vue de fumée.

Les phénomènes congestifs me paraissant dominés, je commence le traitement par les injections sous-cutanées de morphine.

4 août. — 6 milligrammes l'impressionnent fortement, somnolence, fatigue, abattement.

15 août. — Calme; dose quotidienne, 12 milligrammes en deux fois, matin et soir.

21 août. — La physionomie est éveillée, elle vient d'elle-même recevoir l'injection, et me remercie de la soigner.

N'est plus désordonnée dans ses actes, ni dans sa tenue; 16 milligrammes par jour.

1er septembre. — Elle a été reprise d'un peu d'agitation.

La dose est portée en peu de jours à 12 centigrammes par jour.

8 septembre. — Le calme est revenu.

La dose est arrivée à 18 centigrammes par jour.

8 octobre. — Retour d'hallucinations et de rougeur des conjonctives.

Scarifications des vaisseaux de l'œil, vésicatoire à l'occiput rasé. Cet accès ne dure que quinze jours.

La dose de morphine, qui avait été abaissée, est de nouveau progressivement portée à 6 centigrammes.

4 novembre. — Le calme et la raison sont revenus.

9 novembre. — Menstruation. A partir du mois de décembre, la malade n'a pas cessé d'être bien. La dose de morphine quotidienne est de 12 centigrammes (deux fois par jour) et est maintenue pendant quatre mois. La ma-

lade sort en juin 1875. Elle se rappelle précisément tout ce qui s'est passé, a conscience de son état de maladie grave, elle travaille régulièrement.

Elle me remercie de l'avoir guéri.

En résumé, j'ai traité d'abord cette jeune fille au moyen de révulsifs et d'antiphlogistiques, pendant la durée des troubles mentaux de nature congestive ; puis, avec la morphine, lorsque l'état névropathique m'a paru seul persister, et la guérison a pu être obtenue malgré un délire de richesses, une diminution considérable de mémoire, et de l'enfantillage, qui m'ont fait penser que j'avais affaire à de la démence aigüe, compliquant la maladie principale.

L'observation dix-septième est encore un exemple de folie compliquée de perte à peu près complète de la mémoire et de cachexie intense.

Obs. XVII. — *Folie lypémaniaque, gémissements, amaigrissement considérable, amnésie; guérison par la morphine* (voir les figures I et II). *Dose maximum, 20 centigrammes par jour.* — La nommée B..., âgée de vingt-cinq ans, est entrée dans mon service le 21 août 1874, atteinte de folie lypémaniaque avec idées de persécutions et hallucinations de l'ouïe, perte presque complète de la mémoire (voir la figure I); maigreur et teint jaunâtre.

La physionomie exprime la tristesse; traits crispés, ratatinés ; odeur désagréable du corps.

Mutisme, refus de manger, soupirs profonds, n'a aucun souvenir de ce qui s'est fait quelques instants avant ; sens normaux, pupilles égales, bourdonnements d'oreille, phosphènes fréquents ; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres ; pas d'anesthésie ; céphalalgie, fourmillements dans la tête ; est boiteuse par suite d'une ancienne tumeur blanche.

On m'apprend que la malade se plaint de céphalalgie depuis sept mois, qu'elle avait des hallucinations de l'ouïe depuis cinq mois; depuis longtemps on avait remarqué de l'enfantillage dans son raisonnement. Elle se levait la nuit, disant qu'elle était énervée ; elle avait peur que sa mère ne la tuât. Il y a environ dix-huit jours elle a vu un enfant tomber d'une fenêtre, et la vue de cet accident a provoqué le délire définitif.

21 août. — Commencement du traitement, 3 milligrammes.

Elle gémit, soupire, se plaint qu'on la laisse mourir de faim, alors qu'elle vient de prendre un repas; ne sait le jour, le mois, l'heure, l'endroit où elle est.

4 septembre. — 16 milligrammes; a vomi plusieurs fois.

10 septembre. — 32 milligrammes ; physionomie égarée, agitation ; commencement des injections le soir.

22 septembre. — Stupeur, refus d'aliments, cathétérisme de l'œsophage; 96 milligrammes matin et soir.

25 septembre. — 13 centigrammes matin et soir.



FIG. I. — Folie hypémaniaque accompagnée de démence et d'amnésie (d'après une photographie prise par Noël).



FIG. II. — La même malade est guérie (la photographie a été prise trois mois et demi après la précédente; la physionomie est tellement changée, que l'on a peine à croire que c'est la même personne.

11 octobre. — 26 centigrammes ; alternatives d'excitation et de stupeur. Même anxiété ; les effets physiologiques du médicament commencent à se manifester.

20 octobre. — 32 centigrammes et demi le matin et le soir, plus 3 centigrammes en solution dans du vin, insomnie. Même état mental ; ne se rappelle rien de ce qu'elle dit ou fait ; soutient énergiquement le contraire de tout ce qu'elle entend dire.

23 octobre. — 19 centigrammes et demi le matin et le soir. Même état.

26 octobre. — 13 centigrammes seulement à cause de diarrhée.

10 novembre. — 16 centigrammes et demi. Mêmes idées de persécution, la mémoire des faits anciens commence à lui revenir.

7 décembre. — 13 centigrammes. Même état.

20 décembre. — 13 centigrammes. Il s'est fait progressivement dans son état physique une transformation notable : le teint n'est plus jaune, les joues sont grasses (voir la figure II). Commence à soigner sa toilette, ne contredit plus comme elle le faisait, se rappelle les faits et dires récents.

16 février. — 96 milligrammes. La mémoire des faits récents lui est entièrement revenue, elle conserve encore certaines idées hypochondriaques.

1er mars. — 64 milligrammes. Son état mental est beaucoup amélioré.

20 mars. — 32 milligrammes. Va de mieux en mieux.

1er mai. — 29 milligrammes.

13 mai. — Son état est tout à fait satisfaisant.

9 juin. — Cessation du traitement; ses règles, qui avaient disparu durant sa maladie, sont revenues. Elle sort guérie.

Je l'ai revue en novembre, en bonne santé.

L'observation dix-huitième se rapporte à un cas de folie lypémaniaque, avec stupeur, qui était compliquée de perte de la mémoire et qui a guéri.

Obs. XVIII. — La nommée P..., âgée de vingt-deux ans, est entrée dans mon service, le 18 avril 1874, à la suite du certificat suivant du docteur Lasègue : « Etat de stupeur, réponses indécises, perte de mémoire. Arrêtée pour vagabondage. »

Son père s'est suicidé à la suite de pertes d'argent.

La maladie actuelle remonte à deux ans et a consisté en état de mélancolie, refus de parler, de manger.

La physionomie exprime la stupeur, la tenue est sale, rien de particulier dans les sens ; pas d'ataxie, céphalalgie légère, réponses lentes, difficulté de fixer l'attention, absence presque complète de la mémoire des faits récents ; elle ne sait où elle est, elle croit être à la Préfecture.

Elle parle de ses craintes de mourir, de coups de fusil, de bruits de tambour qu'elle entend, de soldats qui viennent la fusiller. On veut la tuer parce qu'elle ne veut pas dire la vérité ; elle est restée la journée entière accroupie derrière une porte.

Apyrexie.

Commencement du traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, 6 milligrammes. Les premiers phénomènes physio-

logiques (nausées, vomissements) sont produits par la dose de 19 centigrammes donnée en deux fois.

Salivation abondante à la dose de 26 centigrammes ; effets hypnotiques à la dose de 60 centigrammes donnée en deux fois. A cette dose les hallucinations persistent encore, elles ne cessent qu'à la dose de 75 centigrammes. L'état de mélancolie avec etupeur disparaît après quinze jours d'emploi de cette dose, la malade raconte toutes ses hallucinations, ses frayeurs, elle se met à travailler ; elle reçoit actuellement les eiens.

Un mois après elle manifeste uue conscience complète de son état passé de maladie.

La dose est diminuée progressivement et sans qu'il y ait eu de récidive ; la malade sort, après un an de séjour, parfaitement raisonnable. Je l'ai gardée dans mon service six mois après ea guérison. En résumé, cette femme, malade depuis deux ans et atteinte de lypémanie compliquée de perte de la mémoire, a guéri aprèe l'emploi de doses de 75 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

J'ai pu encore guérir par les injections sous-cutanées de morphine une jeune fille atteinte de folie hystérique avec hallucinations et tendance à la démence, habitudes de chiffonnage, datant de huit mois.

Obs. XIX. — La nommée Rab..., âgée de dix-neuf ans, est eutrée le 9 juillet 1874 dans mon service, à la suite du certificat suivant, délivré par M. Lasègue : « État maniaque, tendance à la démence. Délire datant de huit mois ; incohérence et loquacité. Prédominance d'idées politiques. Mère morte de tubercules pulmonaires ; a toujours eu un caractère indifférent, et n'a jamais rien fait avec suite. »

Il y a neuf mois, a commencé à souffrir de gastralgie, d'étouffements ; quelque temps après elle a commencé à avoir dee hallucinations, des peurs, à pousser des cris, a cherché à se précipiter par la fenêtre. Elle s'est souvent déshabillée en plein jour, elle déchirait ses vêtements.

Traitée jusqu'ici sans aucun résultat. Elle est devenue trèe-incohérente ; passant son temps à jouer avec des allumettes, des chiffone.

Elle s'est précipitée ces jours derniers d'un deuxième étage.

État actuel : elle est très-animée, elle parle d'une façon très-incohérente, va et vient sans cesee ; paraît répondre à des voix : « Vous savez, dit-elle, ce n'est pas celle-là ; j'ai coupé une rose, je l'ai donnée à Copin, je l'ai mise dans une pantoufle ; la rose est blanche ; pah ! Copin, c'est bien fait. Nous avons bien ri. Monsieur, vous savez, j'ai des petites bottines ; ma cousine demeure au Havre ; incendie au Havre ; à la Tête-Noire, à Saint-Cloud. J'aime bien mon frère ; il pleut dee panais. J'ai mal aimé dane la crème ; Copin, la noce ; tu parles donc Polichinelle ; oui, Polichinelle, on ne me l'avait pas dit ; il était là, le Copin, j'aime le Copin ; *sol, mi, fa, re, fa, fa, re, do, sol, do,* ah ! compère. »

Elle se sert eouvent de la fin d'un mot pour en commencer un autre.

Oreilles symétriques ; traits réguliers ; pupilles égales ; vue normale. Pas d'ataxie de la langue ni des lèvres ; parole nette. Pas d'adénite cervicale postérieure.

Pas de souffle à la base du cœur ni au cou. Etat normal des poumons; a quelquefois des palpitations, une sensation d'oppression.

Une pression peu forte exercée dans la région iliaque droite détermine de la douleur; pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie de la peau. On peut obtenir d'elle des réponses raisonnables sur l'emploi de sa vie jusqu'à ce moment. Apyrexie.

Le traitement par les injections sous-cutanées de morphine est commencé à la dose de 6 milligrammes (deux fois par jour); nausées à la dose de 30 milligrammes.

16 juillet. — Diminution de l'agitation à la dose de 12 centigrammes.

10 septembre. — Des phénomènes physiologiques intenses (somnolence continue, rougeur très-forte des joues, du front) sont obtenus à la dose de 40 centigrammes; et c'est à partir de ce moment que les hallucinations, qui avaient considérablement diminué, cessent tout à fait.

La malade devient en effet calme, posée.

La dose a été maintenue deux mois, puis graduellement supprimée.

Elle est sortie guérie.

Je l'ai revue depuis, en décembre 1875, dans un état entièrement normal.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De l'ovariotomie dans le sud-ouest de la France (1);

Par M. le docteur Duplouy,
Professeur à l'Ecole de médecine de Rochefort.

Obs. III. — *Kyste uniloculaire droit compliqué d'inflammation et de décomposition putride de la poche; guérison.* — Mme M***, de Maizeron, près Surgères, âgée de trente et un ans, est de petite taille, d'une faible constitution; mariée à l'âge de dix-neuf ans, elle a eu une première grossesse sans incident particulier; devenue enceinte une seconde fois l'année suivante, elle a constaté peu de temps après ses couches une certaine tuméfaction du ventre vers la fosse iliaque droite. Elle n'en parut point incommodée pendant fort longtemps; la menstruation n'en fut pas troublée, et malgré la présence de la tumeur il y eut deux nouvelles grossesses, dont une seule put être conduite jusqu'au terme. La situation devint dans ces dernières années de plus en plus pénible et il fallut songer à une intervention active. Je fis en octobre 1874, avec mon excellent ami le docteur Quinemant,

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

de Surgères, une première ponction qui nous donna 18 litres d'un liquide visqueux et grumeleux et d'une teinte brun-chocolat qui me fit craindre une reproduction rapide. Rappelé auprès de la malade neuf mois plus tard, en juillet 1875, force me fut, après avoir insisté vainement sur l'opportunité de l'ovariotomie, de faire une nouvelle ponction pendant laquelle la poche se ratatinait presque tout entière dans ma main. Elle ne semblait être retenue que vers le côté droit, où on sentait très-distinctement une masse solide, environ de la grosseur du poing, que nous n'avions pas constatée lors de la première ponction. M[me] M*** n'éprouva de cette opération qu'un soulagement momentané: des douleurs irradiées dans tout l'abdomen, des nausées, des vomissements firent craindre d'abord l'éclosion d'une péritonite; puis le ventre reprit en moins d'un mois son volume accoutumé (112 centimètres de circonférence); la situation de la malade devint de jour en jour plus précaire; réduite à quelques cuillerées de bouillon par jour, tourmentée par des douleurs, de l'oppression, de la diarrhée, des frissons et des sueurs, elle était arrivée à un degré excessif d'émaciation lorsqu'elle se décida à l'ovariotomie. Jamais conditions ne furent plus défavorables : la peau était sèche et terreuse, le facies très-altéré, le pouls marquait invariablement de 120 à 130 pulsations depuis quelques jours, la respiration à 24 degrés, la température à 39 degrés ; il s'opérait évidemment au sein de la poche un travail d'inflammation et de décomposition putride dont les produits n'étaient qu'imparfaitement éliminés par la diarrhée colliquative des derniers jours. Mais tous les organes étaient sains, il n'y avait point de péritonite ; il ne semblait pas y avoir d'adhérences bien sérieuses; le toucher vaginal indiquait un pédicule de longueur moyenne; la malade avait donné la mesure de sa résistance dans les accidents graves qui avaient suivi la deuxième ponction; elle se cramponnait à l'opération comme à une dernière chance de salut : confiant en son âge, en son état moral, et prenant en sérieuse considération les excellentes conditions que pouvait lui créer une installation irréprochable à la campagne, je ne me crus pas le droit d'éluder cette lutte terrible.

J'opérai, le 3 novembre, avec l'assistance éclairée de MM. les docteurs Quinemant et Favin-Lévêque, de Surgères; de MM. les agrégés Piesvaux, Layet et Lefèvre et de plusieurs autres médecins de l'Ecole.

La chloroformisation, prudemment conduite par M. le docteur Audry, fut facilement obtenue; je sondai rapidement la malade, puis j'incisai dans une étendue de 14 centimètres, à égale distance du pubis et de l'ombilic, liant au fur et à mesure ce qui donnait, promenant sur les surfaces dénudées de l'eau de Pagliari; j'arrivai ainsi jusqu'au péritoine, qui fut incisé sur une sonde cannelée : le kyste apparut alors entre les lèvres de la plaie, libre d'adhérences partout où le doigt pouvait atteindre ; j'enfonçai franchement un gros trocart sur lequel je liai la mem-

brane kystique avec les mêmes précautions que dans la deuxième opération ; je trouvai pendant l'énucléation de la poche des adhérences fibreuses au niveau du foie, et j'avais amené le kyste presque en entier hors de l'abdomen quand, au niveau d'un épaississement assez considérable, constaté lors de la dernière ponction, je constatai une adhérence très-solide avec l'intestin grêle, non loin du pédicule ; la poche, extrêmement mince en ce point, se rompit entre mes doigts ; mais il n'y avait alors aucun danger et nous en fûmes quittes pour un flot de liquide brunâtre, sanieux et sanguinolent, horriblement fétide, déversé à l'extérieur. On voyait dans cette sorte de boue des débris épithéliaux et granuleux provenant de la prolifération de la tunique interne ; j'usai de précautions infinies pour détacher, tantôt avec l'ongle, tantôt avec l'extrémité mousse de ciseaux courbes, la membrane kystique de l'intestin grêle sans intéresser ce dernier organe et je coupai entre deux ligatures une adhérence fortement vasculaire. Le kyste enfin dégagé sans le moindre suintement sanguin, je trouvai un pédicule épais, mais assez long pour être maintenu sans effort au contact de la plaie ; la trompe droite était intacte et flottante dans le petit bassin ; l'utérus, l'ovaire et la trompe gauche complétement sains. La fixation du pédicule fut faite comme dans les opérations précédentes et le kyste fut séparé sans entamer sa substance. Il ne s'était pas écoulé plus d'une demi-heure depuis le début de la chloroformisation.

La toilette du péritoine se réduisit à l'enlèvement de quelques caillots légers sur l'intestin grêle et sur l'utérus et nous procédâmes à l'application exacte et minutieuse des points de suture, dont cinq profonds et sept superficiels. J'eus soin de traverser avec un des fils d'argent le pédicule et les lèvres de la plaie ; l'occlusion du ventre était parfaite et il ne restait dans le péritoine qu'un fil provenant de la ligature appliquée au voisinage de l'intestin grêle ; je le ramenai au dehors par l'angle supérieur de la plaie, c'est-à-dire par la voie la plus courte.

J'étendis sur l'abdomen une couche de collodion pour rendre plus exacte encore l'occlusion du ventre, je touchai le pédicule avec du perchlorure de fer et j'entourai le ventre d'ouate en ayant soin de combler l'énorme vide du creux épigastrique que l'un de mes aides comparait à une capote de cabriolet. A peine dans son lit, la malade éprouva un frisson violent et prolongé ; le pouls était à 130 pulsations, petit, nerveux, concentré, mais régulier ; il y eut plusieurs vomissements probablement chloroformiques, bien qu'on n'eût pas consommé plus de 50 grammes de chloroforme ; la chaleur reparut peu à peu au bout d'une heure, et pendant la nuit, que je passai auprès de l'opérée, il y eut un peu de sommeil par intervalles ; l'affaissement fut très-marqué jusqu'au matin, le thermomètre s'éleva jusqu'à 41°,3 ; la malade eut des selles et des urines involontaires ; pas de douleurs dans le ventre, quelques légers borborygmes à l'épigastre, le pouls demeurait à 130 pulsations. L'état d'épuisement extrême

dans lequel nous avions entrepris l'opération ne nous permettant pas de la maintenir à la diète, j'autorisai quelques gorgées de l'excellent cordial de nos pays, un peu de bouillon et de vin sucré, et je prescrivis une potion morphinée.

La deuxième journée fut marquée par des accidents thoraciques graves : toux pénible, voix chevrotante à peine soufflée, oppression, expulsion de mucosités bronchiques très-visqueuses, facies très-altéré ; le pouls resta à 130 pulsations, la température s'abaissa de 1 degré.

Le lendemain, tous ces symptômes s'étaient amendés sous l'influence d'une potion contenant 12 grammes d'acétate d'ammoniaque et 30 centigrammes d'essence d'anis unis au sirop de morphine.

La nuit avait été calme ; la malade avait rendu des urines claires et abondantes sans le secours de la sonde ; il n'y avait eu qu'une selle liquide et il s'était produit une abondante diaphorèse ; le pouls était à 112 pulsations, la température à 37°,8 ; l'opérée était pleine d'espoir et l'état local ne laissait rien à désirer. Rien à partir du quatrième jour n'est venu entraver la guérison : suivie pas à pas par deux aides dévoués, MM. Bouché et Duplouy fils, et par son médecin traitant, le docteur Quinemant, qui est en même temps son ami, Mme M*** s'est rétablie avec une merveilleuse rapidité ; la menstruation a reparu sans le moindre trouble un peu plus d'un mois après l'opération.

Les sutures profondes sont restées en place jusqu'au neuvième jour ; le pédicule est tombé au douzième. Notre ressuscitée, pour me servir de l'expression de son entourage, a repris ses occupations au moment où j'écris ces lignes.

Le kyste, à peu près sphérique, d'un diamètre de 30 centimètres, contenait un peu plus de 15 litres d'un liquide de couleur chocolat foncé, formé de sérosité mélangée aux éléments du sang ; sur les côtés et en avant, il offre un aspect lisse et poli et c'est à peine si on y trouve les vestiges de quelques adhérences celluleuses. Il n'en est plus de même en arrière, où se voient les traces évidentes de nombreuses adhérences cellulo-fibreuses en haut, mais à peu près complétement fibreuses en bas, d'ailleurs très-peu vasculaires, à l'exception de celle qui avoisinait le pédicule.

L'épaisseur de la poche varie, dans les divers points de son étendue, de 1 à 3 millimètres ; elle est très-amincie et offre à peine un demi-millimètre dans le point où s'est produite une rupture alors que le kyste était hors de l'abdomen. On y cherche vainement la cicatrice des ponctions antérieures, bien que la dernière remonte à trois mois au plus. Les trois tuniques de la poche sont le siége d'une riche vascularisation.

Le pédicule seul a été saisi par le clamp et la section n'a intéressé que lui ; il contient dans son épaisseur un gros vaisseau artériel dont le calibre égale celui de l'artère iliaque primitive. Ce vaisseau se divise presque aussitôt en deux branches qui,

subdivisées elles-mêmes, couvrent la poche de leurs ramifications et pénètrent dans son épaisseur. On y trouve deux autres vaisseaux moins importants.

Le kyste est uniloculaire : sa surface interne est couverte dans presque toute son étendue de fausses membranes grisâtres, pulpeuses, au-dessus desquelles existe une vive injection ; elles indiquent évidemment une inflammation généralisée de la poche (voir un cas analogue dans Lebert, *Atlas d'anatomie pathologique*, p. 243, et pl. XXXV) ; c'est sans doute par l'injection sous-jacente aux pseudo-membranes que s'est faite l'absorption putride.

Vers la partie inférieure, on trouve une dizaine de petits kystes implantés dans les parois de la tumeur et remplis d'un liquide jaunâtre et visqueux, et on rencontre, au côté droit et inférieur, sur la surface interne, une sorte de végétation épithéliale et fibro-plastique du volume d'une noix, due à un travail hypertrophique partiel de la couche épithéliale.

Il s'agit, en résumé, d'un kyste uniloculaire de l'ovaire, conséquence probable de la dilatation d'un follicule de de Graaf, la zone qui est le siége de nombreux petits kystes représentant peut-être les vestiges de l'ovaire lui-même.

« Il faut s'abstenir d'opérer, a dit Kœberlé, lorsqu'il existe de la fièvre (fièvre hectique, fièvre symptomatique d'une péritonite) surtout à la suite d'une ponction pratiquée récemment. »

Cette contre-indication, nettement formulée par un tel maître, m'eût fait reculer devant l'opération chez une femme qui n'avait plus que quelques jours à vivre, si les caractères du pouls, l'absence de douleurs provoquées, la fétidité et l'abondance des selles ne m'eussent donné la conviction que nous avions affaire non à une péritonite, mais à une décomposition putride de la poche : la suppression du foyer septicémique s'imposait dès lors à mon esprit aussi impérieusement que l'amputation d'un membre dans le cas de suppuration profonde et incurable par tout autre moyen, et je ne pouvais me soustraire à cette obligation morale sans manquer aux grands principes de notre art. C'était bien en effet un empoisonnement septique : car l'amélioration, dirai-je le changement à vue qui s'est opéré chez notre malade ? a coïncidé avec des sueurs excessives, des urines abondantes et avec une diarrhée persistante que j'ai respectée comme un moyen naturel d'élimination ; l'examen anatomique, auquel nous avons dû consacrer des développements en rapport avec son importance, n'est-il pas venu confirmer notre diagnostic ?

De ce fait vraiment exceptionnel d'une ovariotomie faite *in*

extremis et suivie de guérison on ne conclura pas, je l'espère, qu'on peut attendre indéfiniment avant de conseiller l'opération. Mieux vaut ne pas rêver de semblables miracles et opérer en temps opportun.

Obs. IV. — *Kyste uniloculaire droit compliqué d'une masse multiloculaire; guérison.* — Ce fait offre une grande analogie avec la deuxième observation; il en diffère en ce que la partie multiloculaire, qui occupait le flanc et la fosse iliaque droite, a pu être facilement diagnostiquée avant l'opération. La malade, Mme B***, âgée de trente-neuf ans, de Chaix-Magné, commune de Saint-Estèphe, près Angoulême, n'a jamais eu d'enfants, bien qu'elle ait toujours été bien réglée. La tumeur date de cinq ans et a pris depuis dix-huit mois un développement énorme; il y a des douleurs lombaires, de l'abattement, de l'inappétence et un peu d'œdème des membres inférieurs depuis un mois; le visage est profondément altéré.

La malade demandant instamment l'opération, je l'installe pendant un certain temps à Rochefort chez les sœurs de l'Espérence pour l'habituer à son nouveau séjour, et j'utilise les quinze jours qui me séparent du moment arrêté dans mon esprit en neutralisant les gaz qui la fatiguent habituellement et en lui rendant quelque force. Je fais même dans cet intervalle, le 2 décembre, une ponction exploratrice pour mieux juger, après l'écoulement de 2 litres de liquide, du volume de la masse solide et pour me renseigner, si faire se peut, sur l'existence d'adhérences: je ne veux pas négliger ce moyen parfois précieux dont un chirurgien de notre région, le docteur J. Bouyer, d'Angoulême, s'est bien trouvé dans une opération récente (*Gazette médicale de Bordeaux*, 5 mai 1875). La portion uniloculaire de la poche me semble abandonner la paroi, et comme je n'ai pas perçu auparavant cette sorte de frémissement qu'on a considéré comme caractéristique, j'en conclus que rien à gauche ne contre-indique l'opération. En sera-t-il de même à droite, du côté de la masse multiloculaire? C'est là un problème insoluble; en tout cas le volume de la masse ne doit pas nous offrir de difficultés insurmontables.

L'ovariotomie, faite le 17 décembre, à une heure et demie du soir, avec l'assistance de mes aides habituels et en présence de MM. les docteurs Pillet, de Niort, et Conor, médecin militaire, n'offre rien de bien particulier à noter; en voici les principaux traits: chloroforme assez mal supporté, mais conduit avec toute la prudence désirable jusqu'à la résolution; incision de 12 centimètres; évacuation partielle de la poche et fixation solide de sa membrane d'enveloppe sur le trocart; adhérences cellulo-fibreuses au-dessus de l'ombilic; écoulement de sérosité sanguinolente en nappe provenant d'une légère ascite et de la rupture de quelques tractus vasculaires; attraction et énucléation faciles, malgré la

masse solide, qui est heureusement réductible; application du clamp sur un pédicule épais et assez court comprenant le tube de la trompe; section portant sur la poche elle-même, comme dans la deuxième opération; toilette simple et réunion assurée de la même façon que chez mes autres opérées.

Il s'est écoulé une heure et demie entre l'administration du chloroforme et l'installation définitive de la malade dans son lit.

Les premiers jours m'ont donné de vives inquiétudes : le pouls s'est élevé le soir même à 130 pulsations après une heure de frissons très-intenses; puis se sont montrés des menaces d'éructation non suivies d'effet, des vomissements incessants, des douleurs lombaires et abdominales.

Au troisième jour, des mucosités bronchiques sont venues compliquer ces accidents déjà si graves, le ventre s'est ballonné, est devenu fort douloureux à gauche au niveau de l'S du côlon; le pouls est devenu filiforme, irrégulier, à 140 pulsations; tout annonçait une fin prochaine. J'avais affaire soit à une poussée de pelvi-péritonite qui immobilisait l'intestin et déterminait la tympanite, soit à une accumulation de matières stercorales par inertie de l'intestin. Tout avait échoué jusqu'ici: j'introduisis une sonde œsophagienne dans le gros intestin et je parvins à en extraire une assez grande quantité de gaz : le soulagement fut immédiat; 30 grammes de citrate de magnésie et un lavement d'asa fœtida amenèrent une véritable débâcle et tout rentra dans l'ordre.

J'avais dû, depuis l'opération, sonder la malade toutes les quatre heures, favoriser les éructations par la position demi-assise, lutter à chaque instant contre une foule d'incidents, soutenir les forces avec quelque peu de bouillon qui ne passait point toujours; mais, à partir du septième jour, les urines ont été rendues spontanément, l'appétit est revenu, le pouls est descendu graduellement à 84 pulsations, et, à voir, douze jours après l'opération, la malade forte et souriante, on ne saurait croire qu'elle a traversé une phase aussi anxieuse.

L'état de la plaie est toujours demeuré très-satisfaisant au milieu de ces orages : j'ai enlevé, dès le huitième jour, trois points de suture profonde; le pédicule momifié est tombé le lendemain, et la plaie, réunie partout ailleurs, bourgeonne rapidement à son niveau; je fais asseoir la malade depuis hier 29 décembre, mais je ne veux la faire marcher que dans une huitaine de jours, pour ne pas tirailler trop tôt les adhérences qu'a dû déterminer à gauche le travail inflammatoire. Mme B*** est, en un mot, de l'avis de tous les confrères qui l'ont visitée, absolument hors de danger.

Voilà, en somme, *trois* succès sur *quatre* opérations; nous pouvons y joindre le succès obtenu à Royan par M. le docteur J. Bouyer, d'Angoulême (*Gazette médicale de Bordeaux*, 1875,

n° 9, et *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXXIX, p. 190) ; car la pneumonie, qui enleva l'opérée après la cicatrisation complète et le retour des forces, doit être attribuée à l'imprudence de la malade et elle ne saurait être mise au passif de l'opération. Quant à l'insuccès qui suivit l'opération récemment faite près d'Aigrefeuille, et auquel j'ai fait allusion à propos des injections iodées, il s'explique facilement par l'épuisement de la pauvre malade.

Tous les chirurgiens, qui connaissent comme moi les chances si variables des séries, ne verront avec raison dans un chiffre aussi modeste qu'un encouragement pour l'avenir ; il me sera permis toutefois de penser, d'après ces heureux résultats, que les départements tempérés de notre zone (Charente-Inférieure, Charente, Deux-Sèvres) offrent, au point de vue de l'ovariotomie, des conditions climatériques au moins aussi favorables que bien d'autres régions de la France ; j'y joindrai volontiers la Gironde, dont le climat est si voisin du nôtre, bien que j'ignore les résultats obtenus dans cette direction par nos très-distingués confrères de Bordeaux.

Il faut opérer près de soi ou du moins à des distances telles qu'on puisse se transporter rapidement auprès de ses malades pour parer à des éventualités pressantes ; il faut s'entourer d'aides intelligents, familiarisés avec les idées et la pratique de l'opérateur, condition facile à remplir dans les centres un tant soit peu importants, et ne pas oublier que le succès est au prix des soins les plus minutieux ; faire des incisions aussi peu étendues que possible, dût-on morceler la tumeur pour en faciliter l'extraction, aveugler toute source hémorrhagique, prévenir avec soin avec des serviettes chaudes ou de la flanelle humide l'abord de tout liquide et l'absterger minutieusement, se servir d'aiguilles assez fines et de fils d'argent pour les sutures profondes, et y comprendre le péritoine près de ses bords pour faciliter par l'adossement des feuillets séreux la formation rapide d'exsudats plastiques ; enfin, et par-dessus tout, *fermer très-exactement* le ventre en redoublant d'attention au niveau du pédicule : telles me paraissent être les conditions indispensables du succès.

Quant aux soins consécutifs, l'application d'une couche de collodion, l'enveloppement avec de la ouate, le cathétérisme répété et la momification avec le perchlorure de fer ont une grande importance.

Il faut surveiller avec soin l'état du ventre et prévenir toute

menace de tympanite par l'usage fréquemment répété des lavements de camomille miellée, des préparations d'ammoniaque et d'anis et en venir, au besoin, à la sonde rectale ou même aux ponctions aspiratrices.

En se conformant à ces préceptes, tirés non de ma faible expérience, mais de l'étude raisonnée des maîtres les plus autorisés, tous les chirurgiens de la province peuvent s'engager franchement dans la voie que nous ont tracée leurs importants travaux.

CHIMIE MÉDICALE

Du violet de méthylaniline ou violet de Paris comme réactif des urines ictériques;

Par M. Yvon, pharmacien.

Dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 30 octobre 1875, j'ai eu l'honneur d'exposer mon opinion sur l'emploi du violet de Paris que M. le docteur C. Paul proposait comme réactif des urines ictériques. Je me basais pour cette appréciation sur les expériences de M. Paul, et sur celles qui m'étaient propres. Ne voulant point abuser de la patience du lecteur, je m'étais contenté de donner les conclusions d'un petit travail fait sur ce sujet et publié *in extenso* dans le *Répertoire de pharmacie* du 20 octobre 1875. M. Demelle a cru devoir continuer la discussion et faire de nouvelles expériences. Le lecteur aura sans doute été surpris comme je l'ai été moi-même. Je vois mon contradicteur attaquer les conclusions de mon travail, sans me faire l'honneur de discuter mes expériences. Et cependant, moins que tout autre, M. Demelle les ignorait, car je me suis fait un véritable plaisir de les répéter devant lui, et de lui en communiquer les résultats, avant leur publication. Il est facile de trouver la cause de ce silence, la suite la fera suffisamment ressortir. Quant à moi, je ne craindrai pas de reprendre une à une les expériences de M. Demelle et de les discuter, le lecteur saura bien en tirer la conclusion lui-même.

Ceci dit, je commence la lecture du travail de M. Demelle :

Je m'attendais, dit-il, à voir M. Yvon *aborder* et *résoudre* la

deuxième question du problème : *la coloration rouge est-elle, oui ou non, un phénomène physique ?* Il s'en est abstenu.

Je m'étais cependant imaginé que tout mon travail avait pour but unique d'aborder cette question, et les conclusions en sont assez formelles ; pas assez cependant, puisque M. Demelle ne les a point saisies. Je me flatte d'avoir abordé la question : pour ce qui est de l'avoir résolue, c'est un autre point. Ma prétention n'a point été jusqu'à me poser comme arbitre entre M. Paul et M. Demelle ; leur discussion m'a engagé à faire quelques expériences, je les ai faites et j'en ai tiré les conclusions qui m'ont paru en découler.

Dans la première partie de son travail, mon adversaire se propose d'étudier l'action du violet de Paris sur l'urine commune et sur l'urine ictérique. Suivons-le. Après avoir rappelé ses premières expériences, il achève en disant : «Nous avions cru pouvoir conclure affirmativement, malgré l'imperfection du procédé, imperfection due à la présence d'un *précipité coloré.* »

Quel mot imprudent ! M. Demelle songe-t-il que le précipité est le signe d'une action chimique ? Et comment se fait-il donc que, dans son premier travail, M. Demelle ne parle aucunement de ce précipité (le lecteur peut contrôler, *Rép. de Pharm.*, 10 septembre 1875). C'est qu'il ne l'avait point vu, et c'est moi qui l'ai signalé à son attention. Aujourd'hui il est bien forcé d'en reconnaître l'existence et donne ainsi une arme contre lui. Mais ce précipité si gênant, qu'il ne peut faire disparaître, il saura bien l'éviter, et tourner la difficulté : nous allons voir comment, si vous le voulez bien.

Les conclusions de mon travail sont les suivantes : Le violet de Paris donne avec l'urine normale un précipité *bleu* (dont j'indique les causes) et avec l'urine ictérique un précipité *rouge brun.* J'ai séparé ces précipités par le filtre et je les ai étudiés. Il est rationnel pour moi, qui crois à l'action chimique, et y croirai, tant que M. Demelle ne m'aura pas mieux convaincu, de ne m'occuper que de ces deux précipités. Dans les expériences de M. Paul c'est le précipité seul qu'il examine, puisqu'il laisse tomber le violet à la surface de l'urine et se diffuser peu à peu ; l'urine non altérée reste au fond et sert de terme de comparaison. M. Demelle, lui, agite l'urine, filtre pour séparer ce précipité, examine le liquide filtré, puis vient se faire une arme des résultats qu'il a obtenus.

Pour moi j'ai conservé ces précipités et laissé de côté comme inutile l'urine qui s'écoulait ; M. Demelle, lui, a besoin de cette urine ; c'est sur elle seule que porteront ses recherches ; ce qu'il y a de curieux, c'est que mon contradicteur applique à cette étude exactement la même marche que j'ai indiquée pour celle du précipité. Si M. Demelle veut bien, en effet, laver le précipité à l'eau, le traiter par l'alcool en retirera du violet modifié. Mais, d'autre part, s'il étudie ce précipité, il faudra bien en reconnaître l'existence. A moins que, pour tout concilier, il ne suppose qu'une portion du violet forme une laque avec les matières susceptibles de le fixer, et que l'autre, modifiée dans sa couleur ou non, se mélange à l'urine. Il y aurait à la fois phénomène chimique et phénomène physique : le premier résultant de la fixation du violet sur certains matériaux ; le second provenant du mélange de la couleur jaune de l'urine avec ce même violet plus ou moins modifié. Mais, s'il fait cela, M. Demelle ne fera que répéter ce que j'ai dit en toutes lettres (p. 618, *loco citato*) quand, en comparant le poids du précipité obtenu à celui du violet employé, j'ai écrit : « Une majeure partie du violet a dû changer de couleur, virer au jaune et rester dans l'urine ; et c'est cette partie (si elle existe réellement) que M. Demelle va rechercher. »

Les sels de toute urine, continue mon contradicteur, donnent un *précipité bleu :* qui le dit ? est-ce lui ou moi ? Et plus loin : « La liqueur prend une *teinte rose avec l'urine commune* et une *rouge avec l'urine ictérique.* »

Décidément M. Demelle ne se souvient plus du travail auquel il fait allusion, car il se borne à répéter les faits que j'ai annoncés, et cela pour les tourner contre moi ; j'ai dit, en effet, p. 617, en parlant de l'action du violet de Paris sur l'urine normale : « Après un repos de vingt-quatre heures j'ai passé sur un filtre taré et l'urine s'est écoulée non pas décolorée, mais du moins *sans teinte bleue ;* » et plus loin, lorsqu'il s'agit de l'urine ictérique : « Après filtration, le liquide s'est écoulé clair et fortement coloré en *jaune brun.* » Mon contradicteur m'accordera bien que la couleur peut varier, s'il a opéré sur une urine *jaune orangé* et moi sur une urine *jaune verte.*

Enfin M. Demelle termine en disant : « Il suffit de filtrer l'urine additionnée de violet pour s'assurer qu'elle n'est *jamais bleue,* » et il souligne ; moi j'ai dit : L'urine s'écoule *sans teinte bleue.* Ce n'est

pas tout à fait la même expression ; mais il faut bien aimer la contradiction pour trouver une différence.

Un point sur lequel M. Demelle a parfaitement raison, et je m'empresse de le reconnaître, c'est en parlant du *dichroïsme* de l'urine. J'ai en effet employé à tort ce mot pour désigner le changement de teinte de l'urine suivant l'éclairage. Je l'ai fait pour signaler un fait sans employer une expression trop longue, de même qu'au commencement j'ai employé un terme tout à fait inexact et que M. Demelle oublie de me reprocher : c'est celui de *coloration bleue* que j'appliquais à l'urine, tandis qu'il s'agit du précipité. Je désignais par un seul mot un phénomène brutal, tel qu'il apparaît au clinicien. Après avoir reconnu toute la justesse du reproche de M. Demelle et lui avoir accordé l'importance qu'il mérite, je lui ferai remarquer que lorsqu'on est si sévère pour les expressions d'un contradicteur, on doit au moins surveiller les siennes. En disant que le dichroïsme suppose un liquide parfaitement liquide, mon contradicteur semble oublier qu'il n'est point nécessaire qu'un corps soit liquide pour être dichroïte et que le violet de Paris lui-même, étalé en couche mince, est *bleu violacé* par transmission, et d'un *vert clair éclatant* par transmission.

Avec l'urine ictérique, poursuit M. Demelle, *le précipité bleu fixe de la matière colorante et paraît brun-rouge;* moi, j'ai dit : *Avec l'urine ictérique le précipité rouge formé semble être une sorte de laque dans laquelle la matière colorante est engagée ;* et cette mienne opinion découle de mes expériences ; tandis que M. Demelle, en supposant que le précipité est *bleu* parce qu'il se forme dans une urine, puis qu'il fixe de la matière colorante parce que cette urine est ictérique, fait une hypothèse toute gratuite. A-t-il enlevé cette matière colorante pour mettre à nu le précipité bleu ?

M. Yvon, poursuit-il, nous *affirme* que le violet de Paris est sans action sur les matières colorantes et les acides de la bile, et j'ai dit tout simplement : « J'ai extrait de la bile de la bilirubine, de la biliverdine et de l'acide cholique, et *j'ai été très-surpris* de ne point leur trouver d'action sur le violet de Paris, ou plutôt, de leur en *trouver une tout autre :* la couleur virait au violet sale et il se formait un précipité. Ce fait prouve que les divers principes de la bile ne se trouvent pas dans l'urine sous le même état que dans la vésicule biliaire ; » et en terminant j'ajoute : Cela

tenait-il à *une mauvaise préparation* de ces substances (bilirubine) ?

Pour tout autre que M. Demelle il y a bien loin de *ce doute scientifique* à une *affirmation*. Au moment où j'ai publié cette observation contraire à ma théorie, j'étais déjà en lutte avec M. Demelle, et je n'ignorais pas qu'il pourrait la retourner contre moi. Je n'ai cependant pas hésité à le faire et je m'en applaudis ; aujourd'hui de nouvelles expériences ont confirmé le doute que j'émettais alors. Il y avait en effet mauvaise préparation de la *bilirubine*. J'ai pu me procurer de cette substance *cristallisée* et *chimiquement pure*. La dissolution donne avec le violet de Paris un précipité rouge magnifique bien plus net que celui fourni par l'urine ictérique dans les mêmes conditions.

M. Demelle, en disant qu'il se réserve d'attaquer mes résultats (non-action du violet de Paris sur ces principes), laisse croire qu'il leur a trouvé une action. Dans ce cas nos expériences concorderont, et je ne puis m'en trouver que très-flatté. Mon contradicteur abandonne ici la discussion et entre dans le détail de ses expériences ; c'est la seule partie originale de son travail.

M. Demelle prend 5 centimètres cubes d'urine ictérique, et y ajoute 4 gouttes de violet de Paris, il sèche et il s'écoule un liquide rouge. Il est bien entendu qu'il s'agit de la couleur rouge du liquide. M. Demelle laisse de côté le précipité, faisons comme lui. — L'urine est rouge, dit-il, et nous sommes en face d'un phénomène chimique : *la coloration rouge provient de la dissolution d'un composé rouge*.

Méditons un instant. Où M. Demelle peut-il avoir vu qu'une coloration rouge provenait forcément de la dissolution d'un composé rouge ? Cela est vrai dans beaucoup de cas, dans un grand nombre c'est absolument faux. Par exemple le *carmin* est rouge et donne une dissolution de la même couleur, mais la *fuschine* est d'un vert magnifique et donne une dissolution rouge splendide ; le violet de Paris, que M. Demelle a dû avoir entre les mains, et qui donne une si belle coloration *violette*, est d'un *vert jaune* bien caractérisé ; je fais grâce d'exemples plus nombreux, le dernier en dit assez.

Mais n'abusons point et accordons à M. Demelle qu'il est dans le cas favorable à sa théorie, il ne pourra me reprocher d'avoir une logique trop serrée. Laissons-le poursuivre : Si la coloration rouge est due à un phénomène physique, dit-il, il y a juxtaposi-

tion, mélange de la couleur jaune de l'urine avec le violet, et si je parviens sans action chimique à retirer ce violet de cette urine rouge, c'est évidemment parce qu'il y est à l'état de mélange, et pour ce il adopte la méthode suivante, qui ne *prête à aucune objection.* Aussi je me contenterai de répéter l'expérience.

A de l'urine ictérique rougie, dit M. Demelle, et moi je complète: et séparée du précipité par le filtre, j'ajoute très-peu de charbon; l'urine aura perdu tout son violet, je jette sur un filtre, je lave avec quelques centimètres cubes d'eau pour entraîner l'urine qui mouille le charbon, et un seul lavage à l'alcool chaud suffit pour entraîner et dissoudre le violet primitivement mêlé à l'urine, et l'*alcool se colore nettement en violet.*

M. Demelle me pardonnera d'avoir eu la curiosité de répéter cette expérience; j'ai pris de l'urine ictérique et, après addition de violet, j'ai filtré : précipité rouge sur le filtre, et l'urine passe fortement colorée en *rouge vineux.* J'ajoute un peu de charbon, j'agite, je jette sur un filtre: l'urine passe jaune, je lave le charbon à l'eau, puis je le traite par l'alcool qui se colore nettement en violet, avec un reflet rosé, il est vrai, mais enfin c'est du violet.

Malheureusement j'ai poussé un peu plus loin, en réfléchissant à la manière dont le charbon agit comme décolorant et désinfectant. Cette action est toute mécanique, on le sait; j'ai donc recommencé une deuxième fois, une troisième fois l'expérience de M. Demelle, et après une première filtration j'ai jeté le liquide *rouge* et *clair* sur un filtre Berzelius très-serré : la filtration s'est opérée lentement, le filtre a retenu une grande partie du violet, et le liquide a passé un peu moins rouge; j'ai recommencé, et après quelques filtrations j'ai eu tout le violet accumulé à la partie interne du filtre et l'urine s'est écoulée à peu près aussi dépourvue de couleur rouge que si elle avait été traitée par le charbon. D'autre part, on peut répéter sur ce filtre chargé de violet la même expérience que sur celui qui a servi à recueillir le premier précipité : c'est-à-dire le laver à l'eau, puis le traiter par l'alcool ; ce dernier dissout le précipité et se colore en violet rose ; ici l'on ne peut, de bonne foi, songer à comparer la nuance à la première, vu la faible quantité de violet tenue en dissolution. Quant à l'urine, après ces filtrations, on peut la traiter par le charbon et la décolorer, jamais ce charbon traité par l'alcool ne lui cédera de violet. Ainsi, dans l'expérience de M. Demelle, le charbon joue le rôle d'un filtre parfait (et c'est tout ce qu'on peut

en attendre) qui retient la portion très-faible du précipité qui a échappé à une première filtration ; et c'est ce précipité qui est ensuite redissous par l'alcool. Il est maintenant facile de comprendre pourquoi M. Demelle a obtenu le même résultat en substituant l'amidon au charbon. Tout corps inerte, mais disposé en couche assez épaisse pour opérer une filtration, lui aurait donné le même résultat.

J'ai répété la même expérience avec de l'urine normale ; la même urine qui s'écoule rose, perd entièrement cette nuance lorsqu'on la filtre plusieurs fois, et le filtre devient bleu.

Or, comment interpréter cette expérience? De deux choses l'une : ou la couleur rouge est due à une portion du précipité qui a échappé à une filtration unique, et alors le fait invoqué par M. Demelle prouve seulement une expérience défectueuse de sa part ; ou bien il y aurait réellement mélange de deux couleurs et l'affinité du violet de Paris pour le papier serait telle, qu'il quitterait le liquide pour venir se fixer dessus ; le lecteur me dispensera de continuer une telle hypothèse, car alors il y aurait action chimique.

Il serait à peu près inutile de pousser plus loin ; voyons cependant comment M. Demelle, avec cette idée préconçue qu'il avait un simple mélange de couleur, est arrivé à obtenir du rouge avec une urine ordinaire.

Une phrase qui lui est échappée va nous en donner l'explication : *Des sels devenus insolubles dans la petite quantité d'urine se précipitent*. On filtre, etc.

Dans l'urine normale, ce sont ces sels qui causent le précipité bleu, ainsi que je l'ai indiqué ; M. Demelle les enlève et s'étonne de ne plus avoir de bleu : le cas était cependant bien facile à prévoir. L'urine ordinaire est en effet peu colorée; le précipité bleu causé par la fixation du violet sur les sels n'est point masqué par cette couleur. Or, en concentrant l'urine d'un côté, on enlève les sels, et de l'autre on augmente l'intensité de la coloration. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que le précipité paraisse rouge ; et encore, si l'on force un peu la quantité de violet ajoutée à une telle urine, par exemple 8 à 10 gouttes par 5 centimètres cubes, suivant le degré de concentration, on obtient du bleu. Il y a du reste une expérience bien simple à faire et qui montre que le précipité est bien bleu et qu'il paraît rouge à cause de la couleur de l'urine : filtrons et lavons le précipité, il sera bleu comme celui

de l'urine normale. Bien qu'il soit puéril d'argumenter encore mon adversaire, je lui ferai une dernière observation. Je m'inscris en faux contre le fait qu'il annonce que, si par addition d'eau on ramène à son volume normal une urine concentrée, elle se comporte comme auparavant. M. Demelle peut répéter avec attention cette expérience ; s'il compare l'intensité du précipité bleu obtenu avec l'urine naturelle avec celle du précipité bleu formé dans l'urine concentrée, puis étendue d'eau après séparation des sels, il verra que dans ce dernier cas la coloration est bien plus faible.

Mais, s'il était possible de réaliser d'une façon tout à fait à l'abri d'objection l'idée de M. Demelle, que dirait-il? Concentrons de l'urine normale comme il l'a fait et séparons les sels, puis ajoutons cette urine concentrée à de l'urine normale; nous obtenons ainsi une urine dans laquelle nous avons augmenté la coloration, sans rien enlever de ses autres éléments. Par tâtonnements, on peut obtenir une urine dont la nuance sera sensiblement la même que celle d'une urine ictérique, quand bien même on devrait diluer celle-ci. Dans ces conditions on obtient, je ne dirai pas du bleu très-pur avec l'urine non ictérique (à cause de l'augmentation de la couleur jaune), mais une couleur manifestement bleue, comparée à celle donnée par l'urine ictérique. Cette expérience est assez difficile à faire à cause de la difficulté qu'on éprouve à rapprocher les teintes des deux urines.

Du reste, remarquons bien que, par la concentration, l'urine ne reste point *jaune*, mais tourne au *brun rougeâtre*, ce qui ne contribue pas peu à faire paraître le précipité rouge, à M. Demelle.

Si, dans l'expérience que je viens d'indiquer, on remplace l'urine ictérique par une solution de bilirubine, on parvient plus aisément à identifier les nuances, et l'expérience devient alors très-nette.

Comme conclusion, quelle idée devons-nous nous faire de l'action du violet de Paris sur l'urine ictérique, ou plutôt de l'action de l'urine ictérique sur le violet de Paris ? Pour moi, cette action est analogue à celle de la gélatine sur les matières colorantes. Dans l'urine ictérique, il y a certaines matières qui fixent le violet de Paris, en modifiant sa couleur. Quand bien même on arriverait à démontrer qu'une portion du violet échappe à cette action et se mélange à l'urine, cela changerait-il le pre-

mier point ? Dans tous les cas les expériences de M. Demelle sont bien loin de le démontrer.

Après ce court exposé, je crois qu'il est même inutile de chercher à enlever de l'esprit des lecteurs le souvenir des erreurs qu'a pu y laisser l'article de M. Demelle ; je maintiens donc, pour ne plus y revenir, les conclusions de mon premier travail.

PHARMACOLOGIE

Sur la digitaline ;

Par le docteur Gustave BOUCHARDAT, agrégé de la Faculté de médecine et de l'Ecole de pharmacie.

Malgré les très-nombreux travaux qui ont été entrepris depuis quelques années sur les produits de la digitale, la question, au point de vue chimique et par conséquent au point de vue des applications à la physiologie et à la thérapeutique, est loin d'avoir fait des progrès. La découverte si intéressante de M. Nativelle du corps cristallisé et qu'il a nommé peut-être improprement *digitaline cristallisée*, a compliqué la question en faisant intervenir une substance nouvelle et possédant des propriétés tranchées bien différentes de celles de la digitaline amorphe proprement dite, que les médecins connaissent bien ; substance dangereuse, qui paraît d'ailleurs n'exister qu'en très-faible quantité dans les feuilles de digitale.

Il s'est établi depuis cette époque, et malgré des expériences très-concluantes, en particulier, celles de M. Bladquart, une confusion regrettable entre ces deux substances très-distinctes.

Quelles relations existent entre ces deux corps? Les expériences de M. Kosmann ne permettent pas de les affirmer.

Mais d'après moi on se trouve porté entre deux hypothèses, ou la digitaline cristallisée et la digitaline amorphe sont deux substances n'ayant aucune ressemblance et se trouvant par hasard réunies dans une même plante, ou bien la digitaline cristallisée est un des produits de dédoublement de la digitaline amorphe ; cette seconde hypothèse s'appuierait sur ce fait que la digitaline cristallisée est sans action sur la lumière polarisée, tandis que la digitaline amorphe possède le pouvoir rotatoire.

Mais ce sont là des hypothèses qui ne peuvent être tranchées que par des expériences minutieuses et exactes, expériences qui font encore défaut.

Il en résulte toutefois, quant à présent, que pour les applications thérapeutiques la digitaline cristallisée et la digitaline amorphe sont deux substances entièrement distinctes et qu'il importe au praticien de ne pas confondre.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'ophthalmoscopie, par le docteur V. DAGUENET. 168 pages. G. Masson, 1875. — Le docteur V. Daguenet, médecin-major de l'armée, vient de faire paraître un manuel d'ophthalmoscopie qui sera d'une très-grande utilité pour les étudiants qui abordent cette science.

Le livre est court et clair, et ce ne sont pas ses moindres qualités. — La division est très-simple : ophthalmoscope et œil, tels doivent être les deux premiers objets d'étude ; les deux premières parties leur sont consacrées. Savoir lire les phénomènes pathologiques de l'organe à l'aide de l'instrument, tel est le but de la troisième partie.

Ce livre aura le très-grand avantage de conduire rapidement à la science de l'ophthalmoscope, dont les débuts paraissent si ardus la plupart du temps.

Manuel de diagnostic médical. — Guide de l'étudiant en médecine et du praticien, par J. FENWICK, médecin de London Hospital, traduit par MM. O.-G. EDWARDS, E. LACROIX et SAINT-GERMAIN ; vol. de 420 p. Paris, Lauwereins, éditeur.— Le manuel de M. Fenwick présente tous les avantages et tous les inconvénients de pareils livres, qui s'efforcent de résumer dans un nombre de pages fort restreint toute la pathologie interne, car ce livre s'occupe non-seulement du diagnostic, mais encore de l'anatomie pathologique ; de nombreuses figures dans le texte rendent la démonstration plus facile. — Outre des lacunes très-nombreuses et inévitables, cet ouvrage présente quelques erreurs. — Nous signalerons surtout l'article Pneumothorax. Par exemple la goutte de liquide pur tombant du poumon comme cause du tintement métallique. Il y a longtemps que, grâce aux expériences de Monneret et Béhier, nous avons repoussé cette hypothèse et que nous connaissons la cause véritable de la production de ces bruits.

A propos du diabète, l'auteur signale la maigreur comme signe diagnostic de cette maladie ; cette dernière se rencontre quelquefois, mais le plus souvent, au contraire, c'est l'obésité qui se montrera en pareil cas. — En somme, cet ouvrage, très-inférieur à tous les égards au manuel de Racle, peut rendre quelques services au débutant, mais il ne sera d'aucune utilité pour le praticien.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 3 et 10 janvier 1876 ; présidence de M. le vice-amiral PARIS.

Etudes pratiques sur l'urine normale des nouveau-nés ; applications à la physiologie et à la clinique. — MM. PARROT et A. ROBIN envoient la note suivante :

Un nouveau-né urine quatre fois plus qu'un adulte, par kilogramme de son poids.

Dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, l'urine peut donner un très-léger dépôt, formé de cristaux d'acide urique ou d'oxalate de chaux ou d'urate de soude (urine du premier jour, alimentation insuffisante ou vicieuse, etc.). Les ferments végétaux paraissent s'y développer plus rapidement que dans l'urine des adultes.

Elle a une réaction neutre au papier de tournesol. L'acidité de l'urine indique le plus souvent un intervalle trop long entre les tetées, et, dans un certain nombre de cas, peut mettre sur la voie d'un état pathologique.

L'urine des nouveau-nés contient, en moyenne, par litre, 3g,03 d'urée, soit 80 centigrammes par kilogramme chez un enfant de 3 850 grammes ; mais, dans les vingt-quatre heures, un nouveau-né de onze à trente jours rend environ 90 centigrammes d'urée, soit 23 par kilogramme de son poids.

L'âge, le poids et la température influencent notablement la quantité d'urée. Lorsque les urines de deux enfants dont l'âge, le poids et la température diffèrent, présentent des quantités inégales d'urée, avant d'expliquer cette différence par un état pathologique, on devra s'assurer que l'excédant d'urée dépasse les limites que nous avons fixées pour les variations qui sont dues à ces causes.

Il existe un rapport constant entre la quantité d'urée, la couleur et la réaction de l'urine, de telle sorte que l'inspection de ces deux derniers caractères permet d'apprécier cliniquement la proportion d'urée.

Il existe normalement dans l'urine des nouveau-nés des traces d'acide urique, mais elles échappent à tout dosage : l'urine du premier jour en renferme davantage ; elle ne contient pas de matières extractives chimiquement appréciables, mais elle renferme de l'acide hippurique et de l'allantoïne.

Dans aucune circonstance l'urine normale du nouveau-né ou du fœtus ne contient d'albumine ; elle n'exerce aucune action réductrice sur la liqueur de Barreswill.

Le nouveau-né ingère, en vingt-quatre heures et par kilogramme de son poids, deux fois plus d'azote que l'adulte ; il en rend six fois moins par l'urine, quoiqu'il fixe au moins autant d'oxygène ; il brûle donc moins, tout en absorbant plus de combustible et au moins autant de comburant. Cet excès de l'assimilation sur la désassimilation, expérimentalement démontré, est en rapport avec l'augmentation journalière du poids, augmentation à laquelle doit aussi prendre part une partie de l'oxygène absorbé.

Quand l'urine d'un nouveau-né est modifiée dans l'un de ses caractères, au-delà des limites que nous avons tracées, il faudra songer d'abord à une irrégularité dans l'alimentation, ensuite à un état morbide.

Dans quelques circonstances, l'étude des urines permet de préciser l'existence d'un état pathologique spécial ou d'un symptôme particulier (œdème des nouveau nés, diarrhée, etc.).

Enfin cette étude permet quelquefois de prévoir l'apparition prochaine d'accidents déterminés, tels que l'œdème des nouveau-nés, l'athrepsie, etc. En effet, une lésion de la nutrition précède évidemment l'apparition des

signes extérieurs de ces affections, et l'enfant est déjà malade alors qu'aucun symptôme ne révèle au dehors cet état de souffrance, dont les altérations de l'urine donnent la mesure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 4 et 11 janvier 1876; présidence de M. CHATIN.

Sur la leucocytose morveuse. — M. COLIN rappelle que l'attention des pathologistes ne s'était pas encore portée suffisamment sur les altérations du sang et de la lymphe qui peuvent exister aux différentes phases de la morve et du farcin. Il a entrepris de combler cette lacune de la science par une série de recherches spéciales.

La méthode dont il s'est servi pour mesurer la proportion des leucocytes dans le sang des animaux morveux n'est applicable qu'aux seuls solipèdes, dont le sang ne se coagule qu'avec une grande lenteur. Elle consiste à laisser le sang se reposer durant plusieurs heures dans une éprouvette graduée, à une température voisine de 0. En pareil cas la colonne sanguine (quand il s'agit de solipèdes) se sépare en trois couches : la couche inférieure, où se sont portés les globules rouges; la couche supérieure, composée presque exclusivement de plasma; la couche intermédiaire, où se sont rassemblés au bout de quelques heures les globules blancs, les globulins, etc., plus lourds que le plasma, mais plus légers que les globules rouges. D'après l'épaisseur plus ou moins grande de cette couche intermédiaire, relativement à la couche inférieure, on peut donc juger de la proportion des leucocytes relativement aux hématies.

Cette épaisseur proportionnelle de la couche des leucocytes s'accroît rapidement et très-notablement dans la morve et dans le farcin. D'un cinquantième ou même d'un quatre-vingtième, chiffres entre lesquels elle oscille généralement dans le sang des chevaux bien portants, elle peut finir par s'élever jusqu'à un douzième ou même un dixième.

Des modifications parallèles s'observent dans la lymphe des divers vaisseaux lymphatiques, et spécialement de ceux qui émergent de points où se trouve quelque lésion morveuse. M. Colin décrit longuement ces modifications, qui portent sur la couleur de la lymphe, sa coagulabilité, etc.

Examinant cette leucocytose dans ses conséquences probables, il rappelle par comparaison ce qu'on observe dans la tuberculose expérimentale, et, à cette occasion, soulève une série de questions d'étiologie qui demanderont des développements ultérieurs.

En résumé, M. Colin formule les conclusions suivantes :

« 1° Il y a, dès le début de la morve et du farcin, surtout dans la forme chronique, une leucocytose qui s'accentue à mesure que la maladie fait des progrès;

« 2° Cette leucocytose peut être facilement constatée et mesurée à l'aide des procédés hématométriques que j'ai décrits;

« 3° Cet état du sang et de la lymphe s'associe souvent à l'anémie, surtout dans la morve chronique, lorsque l'état des poumons apporte des troubles graves à l'hématose;

« 4° Enfin la leucocytose morveuse, dont le point de départ principal est le système lymphatique, paraît jouer un rôle important dans le développement des lésions pulmonaires. »

Paraplégie par oblitération de l'aorte abdominale. — M. DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié, présente des pièces pathologiques relatives à un cas de paraplégie par oblitération de l'aorte abdominale, de ses branches de terminaison et de leurs principales divisions, avec hématurie par coagulation sanguine dans l'artère rénale droite, et donne les détails de cette observation avec des développements circonstanciés sur l'état actuel de la science et les faits analogues au sien.

M. Desnos, après avoir décrit les traits principaux de son observation,

signale les circonstances qui lui ont permis d'établir le diagnostic; ce sont les suivantes :

1° Soudaineté foudroyante des accidents lorsqu'ils n'ont pas été précédés de symptômes caractéristiques de paralysie et de claudication intermittente. On ne retrouve cette soudaineté que dans l'hématomyélie et la paraplégie hystériques, qui présentent de nombreux signes différentiels avec la paralysie ischémique;

2° Abaissement énorme de la température des membres inférieurs. Les troubles de nutrition qui surviennent dans des membres paralysés depuis longtemps peuvent bien amener un abaissement de quelques dixièmes de degré et même de 1 ou 2 degrés, mais jamais un abaissement subit de 12 et de 15 degrés;

3° Coloration violacée des téguments, sigillations livides sur le trajet des veines;

4° Roideur des muscles paralysés;

5° Enfin, symptôme pathognomonique, cessation de battements des artères des membres paralysés.

M. Desnos a encore appelé l'attention sur la formation d'un caillot de l'artère rénale droite, sur l'hématurie qui en a été la conséquence et sur cette hématémèse des dernières heures de la vie sans lésion apparente de la muqueuse stomacale, liée sans doute à une hypérémie qui rappelle les congestions observées à la suite de la ligature de l'aorte dans les régions situées au-dessous de l'organe.

Du rhumatisme dans ses rapports avec le traumatisme. — M. Verneuil lit, sur ce sujet, un long travail appuyé sur un certain nombre d'observations cliniques, et dont il résume les conclusions en ces termes :

« Il est certain que le traumatisme a le pouvoir de réveiller la diathèse rhumatismale endormie et d'en étendre même les manifestations à des organes que, jusqu'alors, elle avait respectés. Il est possible même que, chez des sujets non encore atteints, mais seulement prédisposés, une lésion traumatique provoque l'apparition première et prématurée du rhumatisme.

« Il est certain que les blessures les plus variées possèdent cette puissance excitatrice ou provocatrice, puisque, dans notre petite série, nous trouvons des fractures, des contusions, des écorchures minimes, des ulcérations superficielles, des opérations légères et d'autres plus graves dans les régions les plus différentes du corps.

« Il est encore certain que les manifestations diathésiques nées sous cette influence accidentelle sont de natures très-diverses, puisque nous avons noté les inflammations articulaires, les éruptions cutanées, les douleurs névralgiques disséminées, la péricardite, la cystite, la congestion pulmonaire et toute la série des anomalies du travail réparateur local, que nous avons désignées sous le nom d'*accidents arthritiques des plaies*.

« Malheureusement, en regard de ces évidences se placent bientôt les incertitudes et les obscurités.

« Comment une lésion traumatique éveille-t-elle ou réveille-t-elle une diathèse? Pourquoi cette dernière mise en mouvement va-t-elle choisir tel ou tel organe pour siége de ses manifestations? Pourquoi ces manifestations revêtiront-elles une forme plutôt qu'une autre? Pourquoi chez un sujet épargneront-elles le foyer traumatique et chez un autre modifieront-elles exclusivement le processus local?

« Comme à toutes ces questions on ne peut faire encore que des réponses vagues, certains penseront qu'il vaudrait mieux s'abstenir jusqu'à plus ample informé. Pour moi, je crois qu'il est permis, au risque de s'aventurer un peu dans l'hypothèse, de chercher à éclairer ces mystères pathogéniques à la lueur de certains principes de pathologie générale.

« Laissez-moi donc vous exposer quelques solutions que je donne sous toutes réserves. »

M. Verneuil développe ici cette pensée qu'une influence pathogénique quelconque, émotion morale, froid, blessure, etc., peut ne pas épuiser son action délétère sur un point circonscrit. Il peut arriver que de ce point

partent des irradiations qui tantôt vont jusqu'à d'autres organes et tantôt peuvent ébranler l'organisme entier; ceci peut arriver chez un individu bien portant d'ailleurs; mais aussi chez un individu qui porte une tare organique, ou une diathèse naturelle ou acquise, évidente ou latente.

Dans ces derniers cas, d'abord, la limitation exacte, au point d'application, est déjà plus rare. Les irradiations à distance et surtout l'ébranlement général s'observent plus communément. Pour la blessure, le processus traumatique marche moins régulièrement; l'inflammation, les douleurs se limitent moins bien. Les parties tarées de l'économie représentent plus aisément le désordre initial. Enfin les fièvres chirurgicales, plus facilement allumées, atteignent une intensité plus grande et se prolongent davantage.

Étant admise l'action provocatrice ou excitatrice du traumatisme sur ces diathèses; étant reconnu d'autre part que ces diathèses, en s'éveillant ou en se réveillant, font généralement choix, pour leurs manifestations locales, des lieux de moindre résistance, on comprend aussitôt, et l'action de la blessure sur la maladie constitutionnelle et la réciproque, c'est-à-dire l'action en retour de la maladie constitutionnelle sur le foyer traumatique, et les cas plus complexes où ces deux actions se combinent et s'associent chez le même blessé.

De la broncho-pneumonie rémittente. — M. Bourgade, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Clermont-Ferrand, communique à l'Académie un mémoire dont les conclusions sont ainsi conçues :

1° La broncho-pneumonie rémittente ou intermittente est assez fréquemment observée dans la région moyenne de la France.

Elle constitue une espèse morbide essentiellement distincte de la pneumonie inflammatoire.

Elle doit être classée parmi les fièvres paludéennes à forme larvée.

2° Elle est caractérisée par une pyrexie rémittente avec phénomènes congestifs spéciaux du côté des bronches et du poumon.

3° Elle diffère de la pneumonie par une grande mobilité dans le siége et la succession des symptômes physiques, par l'irrégularité de la marche, et principalement par l'apparition périodique, quotidienne ou tierce, d'accès fébriles caractérisés par une élévation subite de la température de 2 degrés au moins, suivie de défervescence brusque au bout d'un certain nombre d'heures;

4° L'indication curative consiste à donner le sulfate de quinine à l'époque la plus rapprochée possible du début de la maladie;

5° A moins d'indication spéciale, la lésion locale peut être négligée; le fébrifuge suffit à la guérir.

Du vertige mental. — M. Lasègue lit un travail sur ce sujet. Après avoir décrit les divers états qu'il réunit sous ce titre, l'auteur ajoute:

« La séméiologie de ces états si pénibles est précise. Elle peut se condenser dans cette formule : Le malaise appréhensif est la conséquence d'un *ictus* physique; toutes les fois que cette mise en train fait défaut, la crise ne se produit pas. Le malaise est identique à celui du vertige de cause visuel e; il détermine un trouble anxieux, d'intensité variable, auquel l'intelligence ne participe ni pour l'aggraver ni pour le restreindre. Les individus sujets au vertige mental le sont habituellement au vertige des altitudes; la réciproque n'existe pas. L'appréhension vertigineuse est limitée, provoquée par une cause toujours semblable; elle ne répond ni à une aptitude, ni à une habitude du caractère. Elle ne s'appuie sur aucun antécédent raisonné, et consiste dans une prévision toujours confuse.

« J'ai exposé sommairement, trop sommairement peut-être, la forme purement sentimentale du vertige nerveux dégagé de toute complication délirante. Cette description n'est que l'entrée en matière d'une étude plus délicate.

« Dans les cas élémentaires qui viennent d'être décrits, l'intelligence reste indemne; dans d'autres, l'intelligence intervient; elle donne un corps aux sensations, elle les commente et les explique.

« Le malade devient alors délirant sous deux formes : ou la peur du mal à venir le tient dans une perpétuelle anxiété ; il se complaît à se représenter les événements qui vont survenir, à les classer, à les attendre ; ou, remontant à la cause de ses angoisses, il constitue, comme il arrive si communément aux aliénés, une étiologie imaginaire de son malaise. Au fond, l'intelligence est peu troublée, et les perversions qu'elle subit se limitent d'elles mêmes.

« Le vertige mental, accompagné de délire, exigerait un long exposé, et j'ai dû me contenter, pour ne pas abuser des instants de l'Académie, de cette préface à l'étude des états vertigineux délirants. »

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 14 janvier 1876 ; présidence de M. Laboulbène.

De la fréquence du tænia (suite de la discussion ; voir p. 34). — M. Archambault voit deux questions à traiter : 1° La viande crue donne-t-elle lieu au tænia ? 2° Donne-t-elle lieu à une espèce particulière de tænia ? Quant à la première question, elle n'est pas douteuse pour M. Archambault. Dès 1858, un médecin russe écrivait à M. Davaine une lettre qui d'ailleurs est reproduite dans l'ouvrage de ce dernier, lettre dans laquelle il dit que les médecins de Saint-Pétersbourg ont constaté depuis assez longtemps la présence du tænia chez les enfants qui mangent de la viande crue, et ce tænia était non le bothriocéphale, qui est commun en Russie et en Pologne, mais bien le tænia solium. Était-ce le tænia armé ou non armé ? Le médecin ne le dit pas ; mais ce qu'il rapporte, c'est que la viande crue qu'on avait donnée aux enfants provenait des bœufs *bourgeonnés* de Podolie.

Le tænia est-il né en France depuis qu'on fait usage de la viande crue, genre d'alimentation employé en Russie chez les jeunes enfants et préconisé par M. Trousseau ? M. Archambault cite dix observations qui lui sont personnelles, et qui le portent à croire à cette étiologie Dans sa clientèle particulière, il a observé six cas de tænia solium chez des enfants à qui le sevrage avait donné de la diarrhée et qui avaient été mis à l'usage de la viande crue. Dans ces six cas, l'helminthe rendu était le tænia solium, — armé ou non armé, — M. Archambault l'ignore. Dans son cabinet, il a vu également quatre cas analogues, après l'usage de la viande crue.

Un médecin de Cette, M. Dumas, lui a donné communication de six cas analogues, et ce médecin attribue le développement du tænia à l'importation des bœufs et des moutons d'Afrique (voir p. 41). Il a imaginé d'imbiber d'alcool la viande crue, afin de détruire l'helminthe ou ses œufs.

Dans son service de l'hôpital des Enfants, M. Archambault a observé depuis quelque temps trois cas de tænia ; mais il n'a pas vu la tête. La question de l'espèce particulière de tænia reste donc à étudier Le traitement qu'il emploie chez les enfants n'est pas le kousso, qui est difficile à prendre, mais les graines de citrouille pilées, à la dose de 45 grammes. On les pile finement, on passe au tamis et on fait un looch aromatisé, qui est pris avec plaisir ; on administre ensuite un purgatif. Quelle est la partie active dans la graine de citrouille ? Est-ce l'épisperme ? est-ce l'amande elle-même ?

M. Hérard a fait faire des expériences dans son service, et il en résulte pour lui que c'est l'amande elle-même qui contient l'agent tænicide.

M. Gubler dit que M. Heckel, professeur à Nancy (voir t. LXXXIX, p. 228), a trouvé dans les parties vertes, dans l'épisperme, une matière résinoïde qu'il a appelée *péporésine*, et que c'est, selon lui, cette substance qui serait la partie active. Des expériences faites dans les environs de Montpellier le confirment dans cette opinion.

M. Chauffard se rend difficilement compte de la très-grande fréquence

du tænia dans les différentes classes de la société. C'est la classe aisée qui fait le plus usage de viande crue ou peu cuite, et elle n'est pas plus exposée que l'autre classe au tænia. Pour lui, il ne peut admettre que la viande crue soit la cause du tænia. Et à l'appui de son opinion il cite plusieurs cas de tænia chez des individus qui n'avaient pas fait usage de viande crue ou peu cuite. Il se demande s'il ne faut pas en rechercher la cause dans les procédés de culture, dans l'arrosage des légumes avec des eaux contenant des détritus organiques, des œufs de tænias.

M. Gérin-Roze a vu, l'an dernier, trois cas de tænia; dans l'un, l'individu avait fait un usage assez fréquent de jambon cru, le soir. Il les traita tous trois avec le kousso granulé, qui a été pris facilement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 5 et 12 janvier 1876; présidence de M. Le Fort.

De l'insuffisance des ressources pour le traitement des maladies chirurgicales des enfants dans les hôpitaux. — Après une longue discussion à laquelle ont pris part MM. Desprès, de Saint-Germain, Marc Sée, Guéniot, Boinet et Trélat, les conclusions proposées par M. Marjolin ont été adoptées, et il a été décidé que le rapport serait adressé officiellement à M. le directeur de l'Assistance publique.

Voici ces conclusions :

1° Augmenter le nombre des lits affectés aux nourrices, c'est-à-dire aux femmes dont les enfants sont à la mamelle, vu l'insuffisance de ceux qui existent aujourd'hui;

2° Considérant les besoins de la population, augmenter le nombre des lits consacrés actuellement dans les hôpitaux d'enfants aux maladies chirurgicales ;

3° Les enfants au-dessous de deux ans étant souvent atteints d'affections chirurgicales, abaisser à un an l'âge d'admission des petits malades, à la condition toutefois qu'ils soient sevrés ;

4° Afin d'éviter que les lits restent inoccupés, envoyer chaque jour à l'Administration le mouvement des hôpitaux d'enfants, comme on le fait pour les adultes, et autoriser les médecins du Bureau central à signer des bulletins d'admission dans les cas urgents;

5° Supprimer la division des maladies chroniques et diviser les services d'enfants en médecine et en chirurgie, comme cela existe dans les hôpitaux d'adultes;

6° Augmenter le nombre de lits dans les hôpitaux d'enfants situés hors Paris, en donnant plus d'importance à celui de Forges, et en en construisant un semblable à celui de Berck-sur-Mer ;

7° Créer à Paris, dans deux des arrondissements les plus excentriques et les plus malheureux, deux nouveaux hôpitaux d'enfants ;

8° Établir dans chacun des hôpitaux d'enfants des salles d'isolement pour les malades atteints d'affections contagieuses ;

9° Disposer dans chaque hôpital des salles de rechange et de récréation;

10° Afin d'éviter la propagation des maladies contagieuses, séparer complétement, au dépôt des Enfants assistés, les enfants en bonne santé, de ceux qui sont atteints d'affections, telles que fièvres éruptives, maladies de la peau, ophthalmie purulente, etc.

11° S'opposer à l'extension de la teigne en exerçant dans les asiles, les écoles et les autres établissements affectés à l'enfance, une surveillance active et régulière;

12° Réorganiser le service interne des teigneux, tout en conservant le traitement externe.

13° Réserver dans chaque hôpital d'enfants une salle d'isolement pour les petits malades chez lesquels se manifesteraient des symptômes d'épilepsie.

Atrophie des nerfs optiques. — M. Terrier lit un rapport sur une observation de M. Abadie ayant trait à une atrophie des nerfs optiques sans diminution du calibre des vaisseaux. L'auteur attribue cette atrophie à des lésions de la colonne vertébrale, et il en conclut, que certaines affections de l'œil peuvent être symptomatiques du mal de Pott, ce dernier déterminant une méningite spinale qui retentit du côté des nerfs optiques.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 janvier 1876 ; présidence de M. Oulmont.

Sur le traitement du pityriasis capitis par les solutions chloralées. — M. Martineau lit un travail sur ce sujet (voir plus haut).

M. Constantin Paul dit qu'il faut insister sur les diverses variétés de *pityriasis;* les *pityriasis versicolor, capitis, arthritique*, sont des espèces plus ou moins rebelles au traitement ; il a observé dans un pensionnat de jeunes filles, une variété de pityriasis qui, correspondant à l'époque de la croissance des cheveux, cède très-rapidement avec la pommade de calomel.

M. Delioux de Savignac emploie contre le *pityriasis* des lotions avec la solution suivante :

Carbonate neutre de potasse	1	gramme.
Eau de goudron	50	—
Rhum	50	—

M. Gubler voit se multiplier chaque jour les applications externes du chloral. Il les emploie avec succès dans les pansements des cancers utérius, en se servant de ouate recouverte de chloral réduit en poudre. Il obtient ainsi, non-seulement la désinfection, mais encore une heureuse modification de l'ulcération.

M. Dujardin-Beaumetz constate avec une grande satisfaction les progrès de la méthode qu'il a préconisée il y a deux ans ; il a employé le chloral depuis longtemps à la cure des affections du cuir chevelu, le pityriasis y compris. Si, dans les teignes faveuses et tonsurantes, il n'a pas obtenu des résultats plus rapides qu'avec les autres méthodes, il reconnaît cependant, que les résultats obtenus par les solutions chloralées dans la teigne décalvante sont très-avantageux et supérieurs à toutes les autres méthodes ; ces faits sont d'ailleurs consignés dans la thèse de son élève M. Coignard ; — il se propose de revenir sur ces applications externes du chloral dans un travail plus complet.

Il rappelle en terminant que, pour le pansement des plaies, il préconise le *métachloral* en poudre, qui donnerait de bien meilleurs résultats que l'iodoforme, sans avoir l'odeur si pénible de ce dernier.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Extirpation d'une tumeur de la vessie. — M. le professeur Hergott donne la traduction d'un fait fort important d'extirpation d'un myome de la vessie par le professeur Billroth, et qui a été publié dans les *Archives de chirurgie* de Langenbeck (t. XVIII, IIe liv.,

p. 411), par le docteur G. Gussenbauer, assistant de la clinique : il s'agit dans cette observation d'un gamin de douze ans que l'on croyait être atteint d'un calcul vésical, mais des examens successifs montrèrent qu'il s'agissait d'une tumeur vésicale qui avait son point d'attache dans la paroi postérieure et supérieure de la vessie. Pour atteindre et enlever cette tumeur, Billroth trace le plan suivant :

On devait d'abord pratiquer la taille latéralisée afin de permettre au doigt explorateur introduit directement dans la vessie de vérifier le diagnostic, de reconnaître le siége de la tumeur, la largeur de la base d'implantation et peut-être de son pédicule. La taille périnéale avait eu outre l'avantage de permettre un écoulement incessant de l'urine par la voie de tubes de drainage passés dans la vessie. La taille par le haut appareil devait être pratiquée afin de permettre d'enlever par la paroi vésicale antérieure la tumeur à sa base, peut-être moyennant l'écraseur.

. Le 15 juin, l'opération fut exécutée suivant ce plan de la manière suivante : le malade ayant été anesthésié, la taille latéralisée fut pratiquée. La portion prostatique du canal et la prostate ne furent incisées que dans une petite étendue. Le doigt introduit dans la vessie reconnut aussitôt qu'une tumeur, de la grosseur du poing à peu près, bosselée à sa surface, était implantée sur la paroi postérieure de ce réservoir et s'étendait jusqu'au fond de l'organe. Il ne fut pas possible de la circonscrire entièrement avec le doigt à cause de son volume. On pratiqua alors la taille suspubienne, qui fut rendue plus difficile en raison de l'écoulement de l'urine et de la contraction des parois de la vessie ; elle fut faite toutefois sans lésion du péritoine. Afin de gagner de l'espace pour l'extraction de la tumeur, on détacha, par une incision horizontale, les muscles droits de leur insertion au pubis ; on élargit aussi, dans le sens transversal, l'ouverture de la vessie. En introduisant un indicateur par la plaie périnéale, l'autre par la plaie suspubienne, le professeur Billroth put, par cette double exploration, acquérir la conviction que la tumeur ne pouvait pas être étreinte par la chaîne de l'écraseur, ni par une anse de fil de fer, car elle avait une insertion large dans l'épaisseur des parois de la vessie jusqu'au péritoine ; ces moyens de diérèse auraient eu pour effet une plaie contuse qui se serait prêtée fort mal à une réunion immédiate. Le professeur Billroth se décida à déchirer la tumeur à sa base et à disséquer le reste, après avoir fait sur elle une ligature en masse en raison de l'hémorrhagie. La portion de tumeur ainsi arrachée ne put être extraite de la vessie qu'avec difficulté, malgré la largeur de la plaie qui avait été pratiquée, comme on verra plus loin par la dimension de la tumeur. L'incision du pédicule fut pratiquée, la vessie ayant subi une légère inversion. Il fut démontré que la tumeur avait son origine dans le tissu musculaire de l'organe ; la tunique fibreuse et le péritoine étaient complétement intacts. Dans la prévision où la cavité péritonéale aurait pu être ouverte, on avait disposé pour la réunion de la plaie plusieurs sutures. On fit deux ligatures sur le lieu d'insertion de la tumeur, les fils furent dirigés dans la plaie suspubienne. On ne fit point la réunion de la plaie vésicale, car après les tiraillements considérables que la plaie avait dû subir lors de l'extraction de la tumeur, la réunion par première intention n'était pas probable. Pour éviter l'inondation de la plaie par l'urine au-dessus de la symphyse, qui est la cause principale de la péricystite qui suit si souvent la taille par le haut appareil, on fit passer par la vessie un tube de drainage qui sortait par la plaie périnéale, dans l'espérance que toute l'urine sortirait continuellement par le tube. Cette espérance ne se réalisa que quand l'ouverture du tube de drainage se trouvait au niveau de la symphyse ; car la pression des parois vésicales augmentée de celle des intestins ne permettait l'accumulation du liquide que là où il y avait le moins de résistance. Si les ouvertures du tube étaient en haut au niveau du liquide, celui-ci s'écoulait aussitôt par la plaie périnéale avec une telle précision qu'il fut possible de recueillir tout le liquide dans un réservoir et de maintenir le lit du malade au sec. Quand le

tube se dérangeait par les mouvements du malade, l'urine ne s'écoulait plus par le tube, mais s'amassait comme dans la taille sus-pubienne, formait un petit lac dont le niveau le plus élevé correspondait à la peau, sur laquelle le trop-plein s'écoulait et mouillait le lit du malade. Je mentionne ces circonstances en apparence secondaires, puisque l'observation de la suite m'a donné la conviction que ce drainage a eu une grande influence sur l'issue de cette opération.

Les suites de cette opération furent très-favorables et le jeune homme, parfaitement guéri, fut renvoyé chez lui le 18 juillet 1874.

La tumeur était ovoïde, mesurait 8 centimètres dans son long diamètre et 4 dans le petit. Sa grande circonférence avait 18 centimètres, et la base d'implantation avait une circonférence de 7 centimètres; c'était un *myome*. (*Revue médicale de l'Est*, 1er septembre 1875, p. 141.)

Du traitement des névralgies par les applications de vésicatoires sur le point vertébral. — Le docteur Duplouy, professeur à l'Ecole de médecine navale de Rochefort, insiste beaucoup sur la fréquence du point apophysaire signalé par Trousseau et Armaingaud dans les névralgies et il dirige sur ce point les principaux moyens d'action. Les trois observations qui suivent montrent que cette pratique est souvent couronnée de succès.

Première observation. — J'ai contracté en août 1867, dit M. Duplouy, alors que je devais me croire bien et dûment acclimaté à Rochefort, une fièvre intermittente dont le premier accès fut marqué par un frisson violent et très-prolongé. Jo venais de passer trois heures à faire minutieusement, en pleine saison caniculaire, l'autopsie d'une vieille femme morte d'une phlébite suppurée. Quoi qu'il en soit du bien fondé de cette origine par des miasmes animaux, la fièvre se régla probablement sous l'influence de la saison et passa en quelques mois du type quotidien au tierce, puis enfin au type quarte, qu'elle conserva jusque vers la fin de mars 1868.

Je devins profondément anémique et je fus pris tantôt de névralgies intercostales, tantôt de petits accès irréguliers jusqu'au mois de janvier 1869. Un séjour aux eaux d'Amélie les-Bains a mis fin aux accès, mais j'ai toujours conservé depuis des névralgies violentes, tantôt sur les branches du nerf sciatique, soit à droite, soit à gauche, tantôt sur les irradiations scapulaires ou brachiales du plexus brachial. Quand j'ai ma névralgie sciatique, j'éprouve invariablement au niveau des quatrième et cinquième vertèbres lombaires une douleur vive, brûlante, qui s'exagère à la moindre pression et qui me rend le décubitus dorsal impossible. Les irradiations sciatiques augmentent dès que je touche ce point douloureux avec une certaine force. Le sulfate de quinine n'agit plus aussi bien qu'autrefois, et j'en suis venu, après bien des moyens dirigés contre les points douloureux périphériques, à attaquer d'emblée le point apophysaire par des vésicatoires morphinés. J'y ai eu cinq fois recours; j'avais vainement épuisé tous les moyens ordinaires dans les deux premières crises; instruit par l'expérience, je n'ai plus tâtonné dans les trois dernières et j'en ai retiré un soulagement complet et immédiat.

Mes poussées névralgiques du côté du plexus brachial sont marquées par un point apophysaire siégeant aux dernières vertèbres cervicales; elles sont beaucoup moins violentes que les douleurs sciatiques et cèdent facilement aux applications calmantes que je dirige en même temps vers la colonne vertébrale.

Deuxième observation. — J'ai dû, l'année dernière, une guérison complète et durable à l'emploi de deux vésicatoires sur les points apophysaires dans une névralgie cervico-brachiale qui s'accompagnait surtout d'irradiations scapulaires fort douloureuses vers l'angle de l'omoplate, l'acromion et la tête de la clavicule. La malade, jeune encore, Mme D. de N..., trente-quatre ans, d'un tempérament lymphatique, me consulta dans mon cabinet après avoir usé de toutes les ressources habituelles de la thérapeutique. Je constatai très-nettement l'existence des points apophysaires aux trois dernières vertèbres cervicales. Un premier vésicatoire lui rendit un calme inconnu jusque-là;

le deuxième, appliqué dix jours plus tard, amena, conjointement avec les toniques et les antipériodiques, la cessation complète des douleurs. Je dois faire remarquer qu'elle avait vainement employé jusque-là les préparations les plus variées de quinine et d'arsenic.

Troisième observation. — Dernièrement encore, en janvier 1875, j'ai traité avec succès par un seul vésicatoire un homme de cinquante ans, atteint d'une névralgie lombo-abdominale, consécutive à des fièvres intermittentes, et chez lequel la médication antipériodique avait complétement échoué. Ce malade habitait la petite ville de Brouage, renommée par l'insalubrité de ses marais. (*Bordeaux médical*, 1er août 1875, n° 31, p. 245.)

Du traitement du mal de mer par le chloral. — Le docteur Obet a mis en pratique à bord des paquebots transatlantiques avec grand succès le traitement préconisé par M. Giraldès. (Voir tome LXXXVII, p. 476.)

Le chloral, pris sous forme de sirop à la dose de 1 gramme, 1g,50 à 2 grammes, procure au malade un sommeil calme et tranquille au sortir duquel il se trouve, sinon complétement guéri, du moins dans un état relativement meilleur.

« Aussi, dès le premier jour, faisons-nous prendre le chloral à la dose de 1 gramme en une seule fois, pour donner tout d'abord au malade un sommeil réparateur qui lui évite bien des souffrances; les jours suivants, nous prescrivons, suivant le cas, le sirop de chloral à la même dose, ou à la dose de 1g,50 ou 2 grammes, à prendre, par cuillerées, toutes les heures.

« En général, sous l'influence de cette médication, dont nous n'avons eu qu'à nous louer, les passagers malades ont en quelque sorte, au bout de deux ou trois jours, acquis l'assuétude à la mer, et peuvent même venir à table prendre leurs repas.

« Chez les femmes enceintes, ce médicament donne aussi les meilleurs résultats, quoique, bien que l'on en ait dit, la navigation n'ait pas d'action spéciale sur cet état physiologique. Nous avons eu à donner nos soins à des passagères enceintes de deux, quatre, cinq, six, sept et huit mois, et jamais, même dans le cas de violent mal de mer, nous n'avons eu à redouter ni pertes utérines ni accouchement prématuré. »

Le docteur Obet ajoute à ce traitement comme boisson du champagne frappé, pris tous les quarts d'heure par cuiller à potage, et fait prendre en même temps quelques bouchées de viande et de pain. (*Archives de médecine navale*, juin 1875, p. 457.)

De l'entérite interstitielle et de son traitement. — Le docteur Wannebroucq, professeur à l'Ecole de médecine de Lille, a fait l'année dernière une communication sur cette entérite au congrès scientifique ; voici le résumé de cette communication :

Presque tous les auteurs ont, jusqu'à présent, confondu et décrit sous le nom générique d'entérite les différentes formes que peut prendre, en dehors de toute étiologie spécifique, l'inflammation intestinale.

Or, l'une de ces formes, tout au moins, mérite une étude distincte qui s'impose au nom de l'anatomie pathologique et de l'observation clinique.

Cette variété d'entérite, très-fréquente pour les praticiens qui savent la reconnaître, est celle que l'on a dénommée quelquefois entérite membraneuse, pseudo-membraneuse, croupale, et que je propose d'appeler entérite interstitielle, par opposition à l'entérite catarrhale ou superficielle, dont elle diffère essentiellement.

L'entérite interstitielle occupe presque exclusivement le gros intestin, en totalité ou en partie. Elle comprend, à titre de sous-variétés, les inflammations localisées quant au siége anatomique, auxquelles on a donné les noms de typhlite, de colite, de dysenterie sporadique.

Les lésions en sont plus profondes, plus graves que celles de l'entérite catarrhale ou superficielle ; elles s'étendent au-delà de la muqueuse et souvent à toutes les tuniques intestinales, ainsi qu'au tissu conjonctif interposé. Entre autres différences symptomatiques, il faut signaler la constipation habituelle et l'expulsion avec les déjections alvines de pseudo-membranes

et de matières glaireuses ou gélatiniformes.

Cette maladie, contrairement aussi à l'entérite catarrhale, a la plus grande tendance à passer à l'état chronique, et peut durer alors un temps indéterminé se mesurant parfois par vingt et trente années.

Sous cette forme chronique, elle entraîne souvent, avec l'hypochondrie, le développement, par action réflexe, de symptômes nerveux multiples hystériformes, même chez l'homme.

Le diagnostic est souvent mis en défaut, si l'on ne songe pas à l'examen indispensable des garde-robes.

Le traitement n'a rien à demander aux spécifiques; il s'appuie sur l'observation rigoureuse de toutes les règles de l'hygiène et sur l'application de quelques médications appropriées aux symptômes et à l'état général. (*Congrès de Lille*, 1874.)

Recherches expérimentales sur l'action de l'air comprimé. — Le docteur Ducrocq a fait, sous l'instigation du professeur Bert, des recherches expérimentales sur l'air comprimé; voici à quelles conclusions il est arrivé :

L'air comprimé, en insufflation sur les poumons, agit :

1° Sur la respiration; 2° sur la circulation.

1° *Sur la respiration.* — C'est une gêne apportée à l'expiration.

La ligne d'ensemble du tracé est modifiée de la façon suivante: l'inspiration est verticale et droite, l'expiration décrit au contraire une ligne oblique brisée et plus longue qu'à l'état normal. L'expiration n'est plus possible par la seule force de l'élasticité pulmonaire, les muscles expirateurs sont sollicités à entrer en jeu.

2° *Sur la circulation.* — Les effets sur la circulation sont :

Abaissement de la pression dans le système aortique; diminution de l'afflux sanguin dans le système aortique; l'afflux du sang veineux dans le cœur droit est considérablement augmenté; la circulation pulmonaire est interceptée. Le cœur droit ne peut plus vaincre la pression que supportent les capillaires du poumon; le sang s'accumule dans le cœur droit et dans les veines thoraciques; les veines jugulaires sont distendues et turgescentes.

La fréquence du pouls subit de grandes modifications, elle est de beaucoup augmentée quand la pression de l'air insufflé n'est pas trop forte; elle peut être ralentie si, au contraire, la pression de l'air est de plus de 5 centimètres de mercure.

On peut appliquer l'air comprimé en insufflations au traitement de l'asthme nerveux, mais il est dangereux dans la phthisie.

Il est absolument inefficace contre les maladies organiques du cœur.

Ces conclusions sont contraires à celles du professeur de Berlin le docteur Waldenburg, surtout en ce qui concerne l'action de l'air comprimé sur les affections du cœur. (*Thèse de Paris*, 23 juillet 1875.)

Du sulfate d'ésérine dans le traitement du tétanos. — Le docteur Delamarre a pris pour base de son travail deux observations de tétanos traumatique traité par le sulfate d'ésérine en injection sous-cutanée; l'un des faits appartient à la pratique de M. Reulos (de Villejuif), l'autre est dû à M. Th. Anger. Les deux malades moururent, l'un après quinze jours de traitement, l'autre après vingt jours.

On injectait 2 centigrammes de sulfate neutre d'ésérine à la fois et on répétait ces injections jusqu'à concurrence de 20 centigrammes par vingt-quatre heures. Malgré les résultats obtenus, M. Delamarre admet les conclusions suivantes :

1° Le sulfate d'ésérine peut être appelé à rendre de grands services dans le tétanos suraigu; du moins c'est un palliatif puissant qui peut donner du temps au chirurgien et lui permettre de modifier les conditions du traumatisme qui a provoqué l'exaltation fonctionnelle des cellules de la moelle;

2° On peut lui associer d'autres médications : les stimulants diffusibles, le chloral et peut-être l'atropine. (*Thèse de Paris*, 2 juillet 1875.)

Le docteur Alberto Suarez y Cruz analyse aussi les cas de tétanos où la fève de Calabar et surtout le sulfate d'ésérine ont été administrés. Ces derniers faits, au nombre de quatre, dus à MM. Ridoux, Reuts (de Ville-

juif, Th. Anger et Duplay, se sont tous terminés, malgré le traitement, par la mort.

Le docteur Suarez y Cruz termine son travail par les conclusions suivantes :

L'action du sulfate d'ésérine, au point de vue physiologique, est la même chez l'homme que chez les animaux; à cela près que chez l'homme l'urination est remplacée par la sudation quand on emploie les fortes doses, et que les petites doses produisent chez lui le sommeil, ce qui n'a pas lieu chez les animaux.

D'après le petit nombre de faits observés jusqu'à ce jour, on ne peut pas conclure à l'efficacité du sulfate d'ésérine dans le traitement des tétaniques; mais on est en droit d'assurer que si ce médicament est appelé à rendre de véritables services, ce qu'on peut, sans trop s'exposer, promettre en son nom, ce ne sera qu'autant qu'on l'emploiera à des doses fractionnées et progressivement croissantes.

L'examen des cas cliniques confirme pleinement les règles que nous avons déduites de la physiologie expérimentale pour l'administration du sulfate d'ésérine dans le tétanos, règles qu'on pourrait résumer ainsi : commencer le traitement par de très-petites doses régulièrement espacées, les augmenter progressivement jusqu'à ce qu'on ait atteint la dose curative, et les diminuer en gardant la proportion inverse à la proportion ascensionnelle. Dans tous les cas où la fève a réussi, c'est ainsi qu'elle a été administrée.

L'intensité d'action des ésérines du commerce variant à l'infini, il faut les graduer par des expériences sur les animaux avant de s'en servir chez l'homme.

L'alcaloïde chimiquement pur, tel qu'il est préparé par M. Duquesnel, donne, avec deux centièmes de milligramme, la mort invariablement à un moineau adulte, et, avec 4 milligrammes, à un lapin de 2 livres. On pourra donc, d'après ces données, graduer parfaitement le sulfate d'ésérine dont on devra faire usage. (*Thèse de Paris*, 10 août 1875, nº 368.)

On doit être très-réservé dans l'emploi du sulfate d'ésérine dans le tétanos; en effet, malgré les conclusions précédentes, la lecture attentive des faits publiés jusqu'à ce jour laisse supposer que l'emploi de l'ésérine a été plutôt défavorable que favorable dans le traitement de cette grave affection.

Du lavement froid dans la fièvre typhoïde. — Le docteur Prosper Boyer compare dans son travail le lavement froid au bain froid dans le traitement de la fièvre typhoïde, et il donne, d'après les résultats qu'il a obtenus dans le service de M. Barrallier à l'hôpital de Toulon, l'avantage aux lavements d'eau froide. Déjà le *Bulletin* a donné l'analyse de la méthode préconisée par M. Foltz (t. LXXXIX, p. 91). Nous n'indiquons ici que le procédé que préconise le docteur Boyer.

Comment doit on administrer les lavements froids?

« L'action physiologique du lavement froid pouvant durer trois heures, nous ne les administrerons, dit le Dr Boyer, que toutes les trois heures ; en un jour, par conséquent, on n'en administrera que trois ou quatre. La nuit, on respectera le repos du malade. Quant aux doses, nous trouvons celles de M. Foltz beaucoup trop élevées. Un litre d'eau froide sera en effet supporté beaucoup plus difficilement par le malade qu'une plus faible quantité. Notre objection nous paraît d'autant plus juste, que M. Foltz, dans la première expérience qu'il fit sur lui-même, a ressenti des coliques; il était bien portant, ce qui fait que sa volonté a pu agir chez lui pour retenir le remède : mais chez un typhoïque on ne doit pas trop compter là-dessus, la volonté chez lui est le plus souvent anéantie. A l'exemple de M. Barrallier, nous donnerons des lavements de 200 grammes d'eau ; leur effet, quoique moins rapide, n'en est pas moins excellent, comme il nous a été donné de le voir dans le service de ce médecin. C'est surtout chez les enfants que l'on ne devra pas donner de lavements trop copieux ; tout le monde sait que chez eux, quand l'intestin est distendu par une trop grande quantité de liquide, la tunique musculeuse n'a plus la force de réagir pour chasser le liquide. »

Quant à la température à donner à l'eau, elle peut varier de 0 degré à + 37 degrés, comme le fait remarquer M. Foltz, mais ce médecin

s'est arrêté à la température de + 10 et + 15 degrés. C'est à ces températures que M. Barrallier a employé devant nous les lavements froids dans la fièvre typhoïde. (*Thèse de Paris*, nº 234, 1875.)

Du catarrhe de l'oreille causé par la rougeole et de son traitement. — Pour le docteur Cordier, interne des hôpitaux de Lyon, le catarrhe de l'oreille moyenne existe toujours dans le cours de la rougeole. On en rencontre à l'autopsie des traces incontestables.

Ce catarrhe est ordinairement sans gravité, et il est même si bénin, que souvent aucun symptôme n'en fait constater l'existence pendant la vie.

Quelquefois il est plus grave; il s'accompagne de céphalalgie, de délire même, et la douleur ne disparaît que quand la membrane du tympan, perforée, peut donner issue aux produits de la suppuration.

L'auteur cependant croit que des soins attentifs peuvent prévenir ce mode de terminaison. Et il conseille, quand on soupçonne la présence du pus dans la caisse, de faire sortir ce pus, qui est ordinairement assez fluide, par la trompe d'Eustache Pour cela on emploie le moyen indiqué par Toynbee, qui consiste à provoquer des mouvements de déglutition après avoir préalablement pratiqué l'occlusion des fosses nasales; chose facile, si l'on fait boire les enfants d'une main en serrant de l'autre les ailes du nez.

Il se fait alors une véritable aspiration du contenu de la caisse, aspiration qu'il est facile de constater sur soi-même. Elle a le double avantage de renouveler l'air de la caisse, ce qui est d'une haute importance, et de favoriser le cheminement des mucosités dans la trompe d'Eustache.

Il va sans dire que, si le pus accumulé dans la caisse ne peut sortir facilement par ce procédé, il ne faut pas hésiter à perforer la membrane du tympan pour lui donner issue, de peur de voir survenir des accidents graves dans les régions voisines. (*Thèse de Paris*, 1875.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Injections hypadermiques d'ergotine autour de l'ombilic, pour une tumeur fibreuse de l'utérus. Phlébite de la paroi abdominale et du membre inférieur gauche. (E. P. Allen. *Transact. of the Med. Society of the States of Pensylvania*, 1875. 2e part., p. 606.)

Faradisation (Anévrysme de l'iliaque externe guéri par la). (Duncan, *eod. loc.*, p. 628.)

Chloral (Deux cas de tétanos traumatique guéris par le). (Garciade la Linde, *El Genio medico quirurgico*, 15, 22 et 30 septembre 1875, p. 448, 459 et 471.)

Chloral et morphine (Un cas de tétanos guéri par le). (Vicente de la Guardia, *eod. loc.*, p. 409.)

Les sulfites de soude en chirurgie. (Arturo Raffa, *Gazzetta med. italiana provincie venete*, 1er janvier 1876, p. 1.)

Antimoine métallique (Applications thérapeutiques de l'). (D. Carbo y Aloy. *Revista de sciencias medicas*, 1er septembre 1875, p. 156.)

Perchlorure de fer dans les hémorrhagies postpuerpérales. (Harrisen, *British Med. Journal*, 27 novembre 1875, p. 673.)

Dilatation de l'urèthre et du col de la vessie chez la femme, pour une irritabilité de la vessie depuis quinze ans. Guérison. (Bendelack, Hewetson, *The Lancet*, 4 décembre 1875, p. 796.)

Uréthrotomie interne dans des cas de rétrécissement étroit, non dilatable. Guérison. (*Id.*, p. 800.)

Ponction du testicule dans le traitement de l'orchite aiguë. (Henry Smith, *The Lancet*, 1876, 8 janvier, p. 43.)

Paracentèse du péricarde pour une hydropéricarde. Guérison. (Burder, *The Lancet*, 8 janvier 1875, p. 50.)

Nitrite d'amyle dans l'épilepsie. Observations expérimentales et cliniques. (Mac Bride, *The Chicago Journal of nervous and mental diseases*, avril 1875, p. 177.)

Injections hypodermiques d'ergotine dans certains cas de manie aiguë. (Von Audel, *eod. loc.*, juillet 1875, p. 362.)

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Par divers décrets, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Dezon et Monnier, médecins-majors de première classe; — Landreau, pharmacien principal de deuxième classe; — Collin, chirurgien-major en retraite.

Au grade de chevalier : MM. Boisseau, médecin-major de première classe; — Lesur, Haas et Perrin, médecins-majors de deuxième classe; — Delcusse, pharmacien-major de première classe; — Dubut, vétérinaire en premier; — Patoureau (Francisque), chirurgien en chef de l'hôpital de Nantes; — Michel, Deschiens, Aubry, médecins de première classe de la marine.

Marine. — M. le docteur Rochard est nommé inspecteur général du service de santé de la marine, et M. Barallier, directeur général du même service.

Hopitaux de Paris. — Par suite du décès de M. Demarquay, médecin de la Maison municipale de santé, les mutations suivantes ont eu lieu dans le corps des chirurgiens des hôpitaux. M. Cruveilhier, de l'hôpital Saint-Louis, et M. Marc Sée, de l'hôpital Sainte-Eugénie, passent à la Maison municipale de santé où le service de M. Demarquay sera divisé en deux services. M. Duplay passe de Saint-Antoine à Saint-Louis. M. Lannelongue passe de Bicêtre à Saint-Antoine. M. Th. Anger passe du bureau central à Bicêtre. M. Le Dentu passe du bureau central à Sainte-Eugénie.

M. Hardy ayant pris le service de clinique établi à l'hôpital Necker et laissé vacant son service de l'hôpital Saint-Louis, M. Fournier quitte Lourcine, pour passer à Saint-Louis. M. Ball est passé de l'hospice La Rochefoucauld à Lourcine. M. Dujardin-Beaumetz, des Nourrices, à l'hospice La Rochefoucauld, et M. Fernet a pris la direction des Nourrices.

Nécrologie. — Le *Bulletin* vient de perdre un de ses plus anciens et plus actifs collaborateurs, le docteur Jules Mazade, qui s'est éteint à l'âge de soixante-dix-huit ans à Anduze (Gard), où il exerçait la médecine depuis plus de quarante-cinq ans, avec un dévouement et un zèle au-dessus de tout éloge. — De 1835 à 1863, le docteur Jules Mazade a publié un grand nombre d'importants mémoires qui montrent bien le profond savoir et la pratique éclairée de notre regretté confrère. — Le docteur Caffe vient de mourir à Paris. Fondateur du *Journal des Connaissances médicales*, M. Caffe a dirigé cette publication pendant quarante-trois ans, et avait, par son savoir, sa bienveillance et sa bonté, su conquérir la sympathie et le profond respect de tout le corps médical. — Le docteur Rey, de Paris. — Le docteur Wilhem Bœck, le propagateur de la syphilisation en Norwège.

L'administrateur gérant : DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilose pharyngo-nasale;

Par M. Charles Mauriac, médecin de l'hôpital du Midi.

Messieurs,

..... Vous savez qu'il existe, parmi les syphiliographes, des antimercurialistes qui proscrivent impitoyablement le mercure à toutes les phases de la syphilis. Il y en avait même autrefois qui poussaient l'esprit de prévention contre ce spécifique, jusqu'à lui attribuer toutes les lésions syphilitiques les plus graves et les plus profondes.

Quoiqu'on ait plaidé le pour et le contre de toutes les façons, le cas du mercure n'est pas encore définitivement jugé. Il a toujours des adversaires convaincus. Je suis loin d'approuver cette hostilité, surtout quand elle est absolue, générale et systématique.

Mais en est-il encore qui rendent le mercure responsable des lésions osseuses, des gommes, des viscéropathies, enfin des nombreux méfaits tertiaires de la vérole, et entre autres de l'affection pharyngo-nasale?

Cette doctrine, qu'il faut condamner sans restriction, a eu des adhérents ; ils étaient même nombreux autrefois, et ce n'est pas sans étonnement qu'on a compté parmi eux des hommes d'une grande valeur. Aujourd'hui les préjugés contre le mercure ne poussent plus à de pareilles aberrations. Il est donc inutile de les combattre. D'ailleurs la réponse serait facile. Ne voit-on pas, en effet, tous les jours des malades qui sont atteints des accidents les plus graves de la syphilis tertiaire sans avoir pris de leur vie un atome de mercure?

I

En nous plaçant au point de vue particulier de la syphilose pharyngo-nasale, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de savoir dans quelle proportion en sont atteints, d'un côté, les syphilitiques *non traités* et, d'un autre côté, les syphilitiques *traités*.

(1) Extrait d'une leçon clinique faite à l'hôpital du Midi.

C'est une question qui, comme toutes celles de ce genre, est fort difficile à résoudre. Elle se simplifie cependant si, au lieu de supputer les syphilitiques en masse, on ne prend que ceux qui arrivent au tertiarisme.

Parmi ceux dont je vous ai exposé l'histoire, il n'y en a que peu qui n'aient pas été traités ; plusieurs l'ont été incomplétement ; et quelques-uns, malgré l'usage continué pendant longtemps des divers spécifiques sous toutes les formes, n'ont pu échapper à la syphilose pharyngo-nasale.

Sur quinze malades, je n'en trouve qu'un seul qui n'avait pris aucun remède avant l'invasion des accidents naso-pharyngiens; mais on peut lui adjoindre deux autres malades qui n'avaient pris l'un et l'autre, au début de leur maladie, qu'un litre environ de liqueur de van Swiéten.

Six malades ont fait aussi un traitement incomplet. Vous voyez que la proportion en est assez grande, puisqu'elle est de plus d'un tiers. Rien n'est plus commun, en effet, que les gens qui ébauchent un traitement, le suivent à bâtons rompus, l'interrompent, le reprennent, et finissent par l'abandonner, découragés par le retour plus ou moins fréquent de poussées qu'ils se résignent à laisser guérir toutes seules.

La proportion des malades qui ne se soignent pas du tout ou qui ne prennent que des quantités insignifiantes de mercure ou d'iodure, est beaucoup moins considérable, puisque dans mes relevés elle ne dépasse pas un cinquième ; et encore, sur les trois que j'ai compris dans cette catégorie, n'y en avait-il qu'un qui fût absolument vierge de tout traitement.

Quant aux malades qui ont suivi pendant des années un traitement complet, méthodique et adapté aux formes et aux périodes de la maladie constitutionnelle, leur nombre est de six, comme le nombre de ceux de la deuxième catégorie.

II

C'est là une proportion très-considérable, puisqu'elle est de plus d'*un tiers*. J'ajoute que c'est une proportion affligeante, car elle est, jusqu'à un certain point, une preuve de l'impuissance de notre art, dans une maladie très-grave sans doute, mais qui a, sur beaucoup d'autres, le privilége d'avoir deux spécifiques.

N'est-ce pas là un argument dont se pourraient servir, avec

quelque raison, les sceptiques et les fatalistes? Il en existe quelques-uns en médecine comme en philosophie, de même qu'on y trouve aussi des enthousiastes, des mystiques et des illuminés.

Si encore ceux qui ont épuisé toutes les ressources de la médication spécifique n'étaient que légèrement atteints ! Mais on trouve chez eux, tout aussi bien que chez les autres, et même peut-être à un plus haut degré, les formes les plus graves et les plus destructives de la syphilose pharyngo-nasale.

Ce sont des particularités sur lesquelles j'ai insisté plusieurs fois et je n'ai pas besoin d'y revenir.

Quelle conclusion faudrait-il tirer de ma statistique ? Aucune, parce que cette statistique est trop restreinte.

Quand on parle du traitement de la syphilis, c'est surtout du mercure qu'il est question ; le mercure, en effet, est administré au début et pendant les premières poussées de la maladie. Plus tard aussi on y a recours. Il est très-rare qu'un syphilitique n'ait pris, pendant toute la durée de ses accidents, que de l'iodure de potassium. Habituellement, ce sel ne se donne qu'après le mercure, avec lequel on l'associe d'habitude dans les premiers temps de son administration.

Ainsi, messieurs, sur mes quinze malades atteints de syphilose pharyngo-nasale :

1° *Un* seul était vierge de tout traitement hydrargyrique ou ioduré antérieur ;

2° *Deux* n'avaient pris que des doses insignifiantes de mercure au début de la maladie ;

3° *Six* ne s'étaient traités qu'incomplétement, à diverses époques, tantôt avec le mercure seul, tantôt avec le mercure associé à l'iodure de potassium ;

4° Six, à diverses reprises ou d'une manière continue, pendant plusieurs années et sous la direction de médecins éclairés, avaient été soumis à une médication spécifique hydrargyrique ou mixte.

III

Trouverons-nous, dans les auteurs, des proportions plus consolantes ? Un de mes amis, médecin fort distingué, M. le docteur Jullien, de Lyon, a publié l'année dernière un travail très-impor-

tant intitulé: *Recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire*, qui contient l'analyse résumée de deux cent-trente-sept cas. Pour base d'une classification de ces deux cent-trente-sept cas, M. Jullien a pris l'*absence* du traitement, l'*époque* à laquelle il a été institué, et la *nature* des spécifiques employés. Il a ainsi établi quatre catégories.

La première comprend les individus qui n'ont pris aucun médicament et chez lesquels la syphilis a évolué, selon ses lois naturelles, sans être combattue à aucune de ses périodes, soit par le mercure, soit par l'iodure de potassium.

La deuxième comprend les cas de syphilis mercurialisés *ab initio*, c'est-à-dire dès l'apparition du chancre infectant.

La troisième renferme les syphilitiques mercurialisés seulement à l'époque de l'invasion des accidents secondaires.

La quatrième, enfin, réunit les cas où l'iodure de potassium seul a été administré avant l'invasion des accidents tertiaires et à divers moments de la période secondaire.

Voilà une mine féconde de faits. M. le docteur Jullien, qui a eu la patience de les réunir, a eu le mérite plus grand encore de les soumettre à une critique savante. Aussi je ne saurais trop vous engager à lire cet excellent mémoire.

J'ai voulu y puiser quelques renseignements sur la question dont je m'occupe, et voici ce que j'y ai trouvé :

Sur ces deux cent trente-sept malades atteints de syphilis tertiaire, j'ai compté cinquante-quatre cas de syphilose pharyngo-nasale. Ce qui fait que cette affection constituerait environ le *quart* des manifestations tertiaires.

Il est vrai que dans ces cinquante-quatre cas elle n'était pas toujours seule. Quinze fois elle était accompagnée d'autres manifestations tertiaires. Par conséquent, trente-huit fois elle a formé un groupe isolé.

Envisageons-la maintenant dans ses rapports avec le traitement.

La première catégorie se compose de cinquante-neuf syphilitiques qui sont arrivés aux accidents tertiaires sans avoir jamais subi aucun traitement. Sur ce nombre, il y a seize syphiloses pharyngo-nasales, dont onze solitaires; une compliquée de gomme pré-sternale; une autre d'ectyma; une troisième de gommes cutanées; une quatrième de gommes du cuir chevelu; une cin-

quième de sarcocèle. Parmi les syphilitiques tertiaires non traités, la syphilose naso-pharyngienne entre donc pour *un tiers*.

Dans la deuxième catégorie, on compte quarante-sept cas de syphilitiques traités par le mercure dès le début de l'accident primitif et atteints de manifestations tertiaires variées. Parmi elles, il y a onze cas de syphilose naso-pharyngienne, dont un seul compliqué d'exostoses frontales, cubitales et tibiales.

Parmi les syphilitiques tertiaires traités par le mercure *ab initio*, la syphilose pharyngo-nasale entre donc pour *un quart*.

La troisième catégorie, constituée par cent douze syphilitiques tertiaires, ayant suivi un traitement mercuriel à partir de l'invasion des accidents secondaires, contient vingt-six cas de syphilose naso-pharyngienne, dont dix-sept simples ou solitaires et neuf accompagnés de manifestations diverses, à savoir: dans un cas, de gomme pré-sternale ; dans un autre, d'ostéites multiples et d'orchite atrophique ; dans un troisième, de syphilide pustulo-crustacée ; dans un quatrième, de gommes ; dans un cinquième, de gommes, dans un sixième, d'iritis ; dans un septième, de gomme du masséter ; dans un huitième, de syphilide ulcéreuse ; dans un neuvième, d'ectyma, d'exostoses, de paralysie du membre supérieur droit.

Parmi les syphilitiques tertiaires traités par le mercure *a secundariis*, la syphilose pharyngo-nasale entre donc pour *un quart* également.

Quant à la catégorie des syphilitiques tertiaires n'ayant pris que de l'iodure de potassium pour tout traitement, à diverses époques de leur maladie, elle ne renferme parmi ses sept cas aucune syphilose pharyngo-nasale.

Ainsi, la syphilis qui évolue naturellement expose un peu plus que les syphilis traitées par le mercure, à la syphilose pharyngo-nasale. La différence est minime, puisqu'elle n'est que celle d'un *tiers* à un *quart*.

IV

J'ai cherché à savoir aussi quelle influence les conditions que je viens de passer en revue ont eue sur l'époque d'apparition de la syphilose pharyngo-nasale, et voici ce que j'ai trouvé :

1° Chez les syphilitiques tertiaires non traités par le mercure, cette affection est survenue en moyenne au bout de *cinq ans;*

2° Chez les syphilitiques traités par le mercure *ab initio*, au bout de *sept ans ;*

3° Chez les syphilitiques traités par le mercure *à secundariis*, c'est-à-dire depuis l'invasion des accidents secondaires, au bout de *quatre ans* seulement.

Ce dernier résultat, je l'avoue, était tout à fait inattendu. Mais les statistiques nous exposent fréquemment à de pareilles surprises. Si on s'en tenait à ces chiffres, il faudrait conclure, en prenant pour type l'évolution naturelle de la syphilis, qui donne une moyenne de *cinq ans* entre l'accident primitif et la syphilose pharyngo-nasale : que le traitement mercuriel, dès le début, *retarde* l'apparition de cette dernière de *deux ans*, tandis que le traitement mercuriel *à secundariis* l'*avance* d'*un an*.

Voyez, messieurs, à quelles conséquences opposées on arrive quelquefois avec les chiffres. Vous vous rappelez que, pour quatorze de mes cas, j'ai trouvé comme intervalle entre l'accident primitif et la syphilose pharyngo-nasale une durée de *huit ans et demi*. Presque tous les malades avaient suivi un traitement antérieur mixte, plus ou moins complet.

De pareilles divergences mettent dans une grande perplexité, lorsqu'il s'agit de formuler une conclusion. Mais n'attachons pas une trop grande importance à des résultats où le hasard joue sans doute un grand rôle. Laissons-nous guider par la pratique de chaque jour, par notre instinct médical et par l'expérience de tous nos maîtres.

Quel est l'enseignement qui en ressort? C'est qu'il faut traiter, dès le début, toutes les manifestations de la syphilis avec le mercure et l'iodure de potassium, seuls ou combinés, suivant les dates et les formes de la syphilis ; et qu'il est nécessaire d'en prolonger l'usage longtemps, pendant des années, en ayant soin de le suspendre quelquefois pour laisser reposer l'organisme, et empêcher sa susceptibilité thérapeutique de s'émousser. En agissant ainsi, on a l'avantage de guérir les accidents et sans doute aussi d'atteindre la diathèse.

Mais prévient-on les manifestations futures? Eh bien, j'ai vu si souvent des lésions inattendues survenir en plein traitement

mercuriel ou ioduré, que ma confiance dans la vertu préventive de ces spécifiques a été fort ébranlée.

Ne vous ai-je pas fait assister, pour ainsi dire, dans quelques-unes de mes observations, à la naissance et aux progrès de syphiloses pharyngo nasales, qui attaquaient des malades bien qu'ils fussent soumis à un traitement énergique pour d'autres manifestations syphilitiques?

Ne comptons donc pas trop sur l'action préventive du mercure et de l'iodure de potassium.

Bien loin de moi la pensée de jeter un discrédit immérité sur ces deux grands spécifiques. Usez-en largement dans la syphilis, surtout lorsqu'elle est en activité. Mais ne vous imaginez pas qu'il suffirait de saturer pendant toute sa vie un malade avec du mercure ou de l'iodure de potassium, pour l'empêcher d'avoir des accidents syphilitiques.

En agissant ainsi, vous vous exposeriez à de cruels mécomptes.

Attaquez vigoureusement les manifestations, poursuivez-les même quelque temps après leur disparition; puis arrêtez-vous, pour recommencer, s'il le faut.....

V

Cette pratique, les expectants systématiques pourraient la blâmer ou du moins ne pas l'approuver dans tous les cas. Il est certain qu'elle ne trouve pas toujours, au même degré, son indication. Mais, quand il est question de la syphilose pharyngo-nasale, il est indispensable de ne pas perdre une minute. Le processus est si rapide, si foudroyant, que le moindre retard, la plus courte hésitation, soit dans le choix, soit dans les doses, peuvent devenir funestes. Je ne connais pas de détermination syphilitique où l'urgence soit plus impérieuse. Pénétrez-vous bien de cette vérité.

Comme les lésions qu'il s'agit de combattre sont de nature tertiaire, c'est à l'iodure de potassium qu'il faut avoir recours. Ne craignez pas d'en porter d'emblée la dose quotidienne à 3, 4, 5 et 6 grammes. Il faut cette quantité pour agir vite et profondément. Chose remarquable! les effets physiologiques du médicament, c'est-à-dire la congestion catarrhale de la conjonctive, de la muqueuse nasale, du pharynx, etc., sont souvent beaucoup moins prononcés avec les fortes qu'avec les petites doses.

C'est le seul spécifique capable d'arrêter le processus. Le mercure sans doute ne serait pas inefficace ; mais son action est beaucoup trop lente. L'iodure de potassium lui est incomparablement supérieur à tous égards dans les déterminations de la syphilis sur le nez et sur le pharynx. N'oubliez pas que, dans les cas de tubercules, de gommes, d'infiltrations hyperplasiques diffuses du voile, de la voûte, de l'isthme et du pharynx, il y a indication formelle de ne pas temporiser un seul instant. Si vous différiez avec l'opportunité, vous verriez ces productions syphilitiques tertiaires marcher à grands pas vers la régression nécrobiosique, et subir fatalement le phénomène de la fonte destructive. Or, quand le processus est arrivé là, une perte de substance est inévitable. Peut-être, en tout autre lieu, serait-elle insignifiante, mais dans cette région elle est toujours grave et quelquefois irréparable.

VI

En pareille occurrence, l'iodure de potassium est le spécifique le plus actif. Toutefois il ne me paraît développer la plénitude de son action que pendant la période formative des hyperplasies circonscrites ou diffuses. Quelque impétueux que soit le mouvement de prolifération, je crois l'iodure capable de l'enrayer, s'il est administré à temps. Encore faut-il que le sujet ne soit pas réfractaire au médicament, et que son organisme en puisse concevoir et favoriser l'action thérapeutique.

Mais lorsque les tissus étouffés par l'exubérance de leur vitalité morbide se métamorphosent en produits usés, inorganisables et destinés à l'élimination, quel agent thérapeutique, fût-il dix fois plus puissamment spécifique que l'iodure, pourrait les arrêter sur la pente de cette dégénérescence suraiguë ?

Lorsque le fait est accompli, rien ne pourrait l'empêcher d'avoir eu lieu. Tout au plus l'iodure restreindra-t-il alors le foyer du mal. Son rôle se bornera à circonscrire et à réparer. Il s'en acquitte parfois à merveille. Ne lui demandez pas l'impossible : d'obturer, par exemple, une perforation de la voûte, de rétablir un pilier détruit, de restituer un lambeau du voile et de relever la charpente nasale, etc., etc.

Certes, messieurs, si l'iodure de potassium était toujours infaillible quand il est administré à l'époque et aux doses voulues, on

ne verrait plus les nécroses, les caries, les ulcérations et toutes les conséquences si sérieuses des pharyngopathies tertiaires. Son maniement est devenu si familier aux médecins et même aux malades, qu'il est presque sans exemple aujourd'hui qu'un cas de syphilose pharyngo-nasale n'ait pas été traité par lui. Pourquoi échoue-t-il ? Il échoue d'abord, parce qu'il n'est pas doué de cette infaillibilité absolue (1) dont on gratifie trop facilement les spécifiques et, sans doute aussi, parce qu'on le donne trop tard et à trop faible dose. Songez qu'il a à lutter contre une des déterminations syphilitiques le plus étrangement insidieuses, contre une malignité taciturne, jusqu'à l'heure où elle éclate en effets foudroyants et irrésistibles, ou bien contre une malignité destructive d'emblée et d'une insatiable voracité.

Quoi qu'il en soit, votre premier soin, à quelque période de l'affection qu'on vous consulte, est de faire prendre de l'iodure de potassium. Commencez par 3 ou 4 grammes et portez rapidement, les jours suivants, la dose jusqu'à 6 ou 8 grammes, suivant les cas et l'effet physiologique et curatif du remède.

Faut-il lui associer le mercure de prime abord ? Non, ce serait inutile. Frappez fort avec l'iodure, puis, plus tard, vous verrez si quelques indications d'administrer l'hydrargyre se présentent.

(*La suite au prochain numéro.*)

Nouvelles observations sur le traitement curatif de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (2);

Par M. le docteur Auguste VOISIN, médecin de la Salpêtrière.

3e CATÉGORIE. — Les quatre observations qui suivent, ont pour but de montrer qu'il est utile dans certains cas de folie avec délire général et avec agitation, d'appliquer avant tout un traitement révulsif, lorsqu'on a reconnu qu'un état congestif, fébrile ou non, est venu se surajouter aux troubles nerveux.

OBS. XX. — La nommée Aub..., âgée de quarante ans, lingère, est entrée dans mon service le 30 avril 1874.

(1) Voir mon mémoire sur un cas de *syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium.*

(2) Suite. Voir le dernier numéro.

Elle est excessivement agitée, les cheveux en désordre, la voix enrouée. Traits réguliers, pupilles égales, contractiles, sens normaux; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; parole nette; pas de goître; par d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs. Pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie de la peau; pas de douleur ovarienne. Maigreur de la face et des membres supérieurs; force musculaire très-grande. Température rectale, 38°,7.

Il est impossible d'obtenir d'elle une réponse suivie. Elle prononce et chante alternativement des phrases comme celles-ci : « C'est toi, Léon; c'est toi, la France; c'est toi, Casquette. C'est le dénoûment qu'est pas venu; Lisa, va chercher la sauterelle; c'est moi qui ai crevé l'œil de Mlle Rose, et c'est Mlle Rose qui a déroulé la rose qui va faire le détournement du gouvernement. Ma fille va se marier avec le fils du maréchal Mac-Mahon. »

Elle dit en outre des mots grossiers et n'a plus de pudeur. Elle paraît enfin avoir des hallucinations de la vue.

J'apprends par son frère qu'elle a eu, il y a deux mois, des attaques de nerfs, avec troubles de la parole, perte complète de connaissance, convulsions cloniques et morsures de la langue. Depuis cinq ans elle éprouvait des douleurs de tête continues, parfois si intenses, qu'elle se frappait la tête contre les murs et voulait se jeter par la fenêtre. Le délire ne date que de sept jours.

Deux bains à 20 degrés, d'une durée de dix minutes, et application d'un large vésicatoire à l'occiput.

6 mai. — La température rectale n'est plus que de 37°,6, et l'agitation a un peu diminué. Application d'un nouveau vésicatoire.

7 mai. — Même incohérence; l'apyrexie étant complète, commencement du traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, à la dose de 7 milligrammes.

9 mai. — Violent accès de colère, précédé d'une élévation notable de température rectale (39°,4); la dose est de 22 milligrammes.

13 mai. — 32 milligrammes. La malade, dont la physionomie est reposée, répond raisonnablement aux questions qu'on lui fait, et se souvient en grande partie de ses idées délirantes.

15 mai. — Elle se plaint de courbature et d'insomnie. La dose est abaissée à 17 milligrammes; mais on commence à lui faire chaque soir une seconde injection, à la dose initiale de 17 milligrammes.

17 mai. — A un peu d'agitation de très-courte durée; 32 milligrammes le matin et le soir.

18 mai. — Elle nous rend compte de ses hallucinations, et commence à avoir conscience de son état; 42 milligrammes le matin et le soir.

30 mai. — L'amélioration persiste; 64 milligrammes le matin.

6 juin. — Son état mental est très-satisfaisant, la dose est progressivement abaissée jusqu'au 6 juillet suivant, où j'ai cessé le traitement.

18 juillet. — La malade est sortie dans un état de guérison complète, après m'avoir rendu compte de tous les détails de sa maladie.

Obs. XXI. — *Folie avec délire général, idées religieuses; guérison par la morphine.* — La nommée Du..., âgée de trente-trois ans, entrée dans mon

service le 15 mai 1875, dans un état de manie aiguë, survenue sans cause connue. Il y a quinze ans, accès de folie semblable.

Au début, survenu il y a quinze jours, elle a dit à son mari qu'elle avait de l'ennui ; elle s'est perdue dans Paris ; le lendemain, elle s'est exaltée, a parlé à tort et à travers, a acheté sans raison, a dit qu'elle allait mourir, a voulu se couper les cheveux.

Ses conversations roulaient sur la religion, les sœurs, la communion.

A son entrée, je constate une agitation excessive, une incohérence extrême d'actes, de paroles ; elle parle de Jeanne-d'Arc, de fantômes, des momies d'Egypte, etc.

Température axillaire, 37°,8. Aucun signe de paralysie générale.

Je fais appliquer à l'occiput rasé un vésicatoire volant.

Trois jours après, la température était descendue à 37 degrés, et l'agitation était la même.

20 mai. — Commencement des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, 3 milligrammes (matin et soir).

23 mai. — Dose 12 milligrammes (matin et soir).

24 mai. — Calme depuis hier; elle se rappelle avoir été agitée, avoir entendu des voix qui lui parlaient distinctement, qui lui disaient qu'elle était heureuse d'avoir un mari comme le sien.

Dose, 18 milligrammes (matin et soir).

8 juin. — Dose 3 centigrammes (matin et soir).

14 juin. — La dose ayant été abaissée à 15 milligrammes (matin et soir), retour d'un peu d'agitation ; dose, 2 centigrammes (matin et soir).

2 juillet. — La dose est de 3 centigrammes (matin et soir) et est montée progressivement à 13 centigrammes (matin et soir).

7 août. — Les injections déterminent de l'assoupissement, et ont amené un calme complet.

N'a plus d'hallucinations ; peut être considérée comme guérie.

La dose est abaissée peu à peu à partir du 8 septembre, et la malade sort le 20 octobre, reconnaissant bien qu'elle a été malade, et racontant toutes les particularités de son délire.

Elle nous remercie de nos soins, elle sort le 24 octobre.

Obs. XXII. — *Folie aiguë générale, causée par des hallucinations ; traitement par la morphine ; guérison* (fig. 3 et 4). — La nommée D..., âgée de quarante-quatre ans, coloriste, est entrée le 4 juin 1875 dans mon service de la Salpêtrière dans un état de « manie chronique avec tendance à la démence, préoccupations hypochondriaques » (certificats d'entrée des médecins). Malade depuis six mois, à la suite d'un grand chagrin. L'affection a été caractérisée par de la mélancolie, du refus de manger, de l'insomnie, par des hallucinations, des invocations à Dieu, à la Vierge.

Elle a les lèvres sèches, la voix enrouée ; l'habitus extérieur exprime l'angoisse, le malheur ; elle prend des poses suppliantes extatiques ; elle s'exalte et crie ; elle fixe un point du plafond et crie à haute voix : « Au nom du Père, du Fils et du Saint Esprit, » et ajoute : « Tout est terminé, nous sommes la terre, le ciel et l'eau. » Elle chante sur un ton plaintif, uniforme. Elle se frappe fortement les cuisses, se découvre entièrement.

Traits réguliers, pupilles égales ; ouïe, vue, odorat normaux. Pas d'a-



Fig. 3. — Folie générale avec hallucinations de la vue (d'après une photographie prise par Noël).



Fig. 4. — La malade est presque guérie (la photographie a été prise quinze jours après la précédente).

taxie; rien d'anormal dans les poumons, souffle doux à la base du cœur. Pas de douleurs abdominales, a ses règles; pas d'analgésie, pas d'hyperesthésie spinale.

Elle dit voir au plafond des étoiles et un homme qui porte une croix, elle manifeste par moments de la terreur et ajoute : « j'ai peur du sang. » (Voir la figure 3)

Température axillaire : 38°,4 ; pouls : 104.

Tenant compte de l'élévation de la température axillaire, je fais raser l'occiput et y poser un large vésicatoire qui y reste quarante-huit heures; au bout de ces quarante-huit heures, la température étant descendue à 37 degrés, je commence le traitement par le chlorhydrate de morphine. (3 milligrammes matin et soir).

7 juin. — L'état d'excitation est à peu près le même. L'injection sous-cutanée a déterminé d'abondants vomissements; dose, 6 milligrammes matin et soir.

8 juin. — La malade a dormi. Elle a eu cependant encore des hallucinations ; 9 milligrammes matin et soir.

10 juin. — Amélioration notable, on peut obtenir des réponses raisonnables.

La dose est arrivé à 12 milligrammes matin et soir.

14 juin. — Calme, a dormi. Elle me dit que le vésicatoire lui a fait beaucoup de bien, en lui enlevant la sensation d'une boule qu'elle sentait remuer dans la tête, lorsqu'elle la bougeait.

Dose, 36 milligrames matin et soir.

Il n'a pas été nécessaire d'augmenter la dose.

Le 5 juillet. — L'état mental est tout à fait normal ; elle n'a plus d'hallucinations depuis huit jours.

Elle se plaint seulement de fatigue ; elle a vu ses parents et ses enfants. La médication est suspendue. (Voir la figure 4.)

Sortie de mon service le 13, elle vient me voir le 20 octobre. Elle va très-bien.

Je l'ai revue, le 4 février 1876, en bon état.

En résumé, cette femme était entrée dans mes salles dans un état d'agitation excessive, ayant de la fièvre ; après qu'un vésicatoire placé à l'occiput eut enlevé la fièvre, j'ai employé les injections sous-cutanées de morphine, qui ont fait cesser rapidement les hallucinations.

La sensibilité de la malade au médi-cament a été très-accentuée.

La dose maximum a été 72 milligrammes.

Obs. XXIII. — *Folie d'origine rhumatismale; traitement par les révulsifs, puis par les injections sous-cutanées de morphine; guérison.* — La nommée Ro..., âgée de quarante et un ans, couturière, est entrée dans mon service le 25 avril 1874.

Excessivement agitée, traits réguliers, vue trouble ; pupilles égales, contractiles; bourdonnements d'oreille, ne reconnaît pas le poivre à l'odorat. Léger tremblement de la langue, herpès à la lèvre inférieure; pas d'anesthésie, pas de faiblesse musculaire; pas de menstruation en ce moment, pas de douleur ovarienne; rien de particulier au cœur ni aux poumons.

Parle continuellement de poison, entend des voix de femmes; elle dit avoir même vu ces femmes, qui portent des robes bleues; vient de la Charité, où elle est restée quatre jours.

Son mari m'apprend qu'après un premier séjour à l'Hôtel-Dieu pour rhumatisme articulaire à l'épaule et au poignet, elle a été de nouveau reprise chez elle de douleurs accompagnées de fièvre et de délire avec agitation croissante; c'est alors qu'il l'a conduite à la Charité.

Je commence à lui appliquer des sinapismes à l'épaule et aux poignets, et un vésicatoire à l'occiput.

2 mai. — Elle est plus calme, même délire; a toujours des idées de substitution de personne; applications sinapisées, entretien du vésicatoire, teinture de colchique, l'état mental restant le même.

11 mai. — Je commence à la traiter par les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine, 9 milligrammes (matin et soir).

14 mai. — 48 milligrammes, vomissements, a été très-calme dans l'après-midi.

18 mai. — 70 milligrammes. Elle est plus calme, mais ne reconnaît pas encore avoir été malade.

20 mai. — L'agitation recommence et continue jusqu'au 30; 16 centigrammes et demi, vomissements.

7 juin. — 19 centigrammes et demi.

10 juin. — Est assez raisonnable, se rappelle avoir parlé de poison, et se sent mieux depuis quelques jours, 13 centigrammes.

Même dose jusqu'au 22.

22 juin. — Se souvient de son agitation; 14 centigrammes et demi, injection le soir de 16 milligrammes.

4 juillet. — 13 centigrammes.

12 juillet. — 96 milligrammes, continue à bien aller.

18 juillet. — 64 milligrammes (toujours matin et soir).

30 juillet. — 32 milligrammes.

4 août. — Cessation du traitement.

13 août. — Elle sort parfaitement guérie.

4e CATÉGORIE. — Les observations suivantes sont celles d'aliénés gémisseurs.

OBS. XXIV. — *Folie lypémaniaque ; état de maigreur extrême, gémissements et pleurs continuels; traitement par la morphine; guérison* (pl. V et VI). — La nommée Lech, âgée de vingt-six ans, repasseuse, est entrée dans mon service le 3 février 1875 dans un état de folie lypémaniaque avec hallucinations.

Traits crispés, physionomie anxieuse; maigreur extrême; teint jaunâtre de la face; pouls très-petit et serré; sens normaux; pupilles égales; pas de goître; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; parole nette. La mémoire paraît intacte; pas d'incohérence en dehors de ses idées tristes.

Elle dit entendre des voix, et voir pendant la nuit des personnes qui lui parlent; elle dit continuellement : « Oh ! mon Dieu ! » n'a pas conscience de son état. Elle dit qu'elle est coupable et qu'elle mérite qu'on lui fasse du mal.

Elle pleure et gémit des journées entières.

La maladie date du 24 janvier, à la suite de contrariétés d'argent.

L'état mélancolique a été accompagné de refus d'aliments.

5 février. — Commencement du traitement; 3 milligrammes.

12 février. — 32 milligrammes le matin.

2 mars. — 96 milligrammes le matin. Elle se plaint un peu moins, dort, mange seule, mais peu.

19 mars. — 13 centigrammes le matin.

27 mars. — Les hallucinations et les illusions persistent; a des terreurs continuelles; 13 centigrammes le matin.

2 avril. — A cherché à s'étrangler; 16 centigrammes et demi.

5 avril. — Moins anxieuse; n'a pas conscience de son état, mais nous raconte ses hallucinations ; 183 milligrammes.

18 avril. — Elle entend des coups de fusil, cherche encore à se faire du mal; 238 milligrammes le matin.

4 mai. — 26 centigrammes le matin.

2 juin. — 292 milligrammes. Elle s'est encore refusée de manger. Cathétérisme de l'œsophage; aucun effet physiologique morphinique jusqu'à ce jour; même état mental.

18 juin. — 356 milligrammes le matin. Même état; même dose jusqu'au 9 juillet.

Moins pleureuse; ne cherche plus à se faire de mal.

17 juillet. — 39 centigrammes.

La dose de morphine est restée la même jusqu'au 22 septembre.

9 octobre. — Va de mieux en mieux; engraisse un peu. Palpitations ; gymnastique; suppression du traitement.

28 octobre. — Va très-bien; me raconte tout ce qu'elle a dit et fait durant sa maladie, et a parfaitement conscience qu'elle était aliénée; n'a presque plus de battements de cœur.

4 novembre. — Elle sort entièrement guérie.

Elle m'a raconté que pendant sa maladie elle voyait son père et sa mère, qui sont morts, qu'elle les entendait ; que, dans le début, elle a eu des hallucinations de l'ouïe, de la céphalalgie ; que, ayant été emmenée par des sergents de ville, elle s'est souvent demandé ce qu'elle avait fait pour être arrêtée, et qu'elle croyait être dans une maison de punition. Elle se souvient avoir voulu se brûler et s'être coupé le pied.



Fig. 5. — Aliénée gémisseuse (d'après une photographie prise par Noël



Fig. 6. — Même malade que celle représentée dans la figure 5.
La guérison est complète.

Les injections sous-cutanées lui donnaient une sensation de chaleur générale agréable, et faisaient monter le sang à la tête.

Elle me remercie des soins que je lui ai donnés.

Un mois après sa sortie, elle est venue me rendre visite à l'hôpital. Je l'ai revue plusieurs fois depuis.

Obs. XXV. — *Folie lypémaniaque à forme gémissante ; guérison par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, à la dose maximum de 70 centigrammes.* — La nommée R..., âgée de vingt-sept ans, couturière, est entrée dans mon service le 26 novembre 1873 dans un état de folie lypémaniaque, avec idées hypochondriaques et de persécution, tentative de suicide.

Physionomie triste ; traits réguliers ; pupilles égales, contractées. Elle est myope. Ouïe, odorat normaux ; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres ; parole nette, mais lente ; pas d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs ; pas d'anesthésie ni d'hypéresthésie ; pas de douleur ovarienne.

Bronchite. Température axillaire, 37°,6.

Elle a eu deux enfants qu'elle a nourris ; elle nourrissait encore le second, lorsque, à la suite de contrariétés avec son mari, le lait s'est arrêté ; elle a eu de la fièvre avec sueurs profuses, est devenue triste, ne dormit plus, et une nuit s'est jetée par la fenêtre d'un premier étage.

Elle voyait des ombres la nuit, et entendait des bruits extraordinaires.

Traitement : enveloppement dans le drap mouillé.

5 décembre. — Injection hypodermique de chlorhydrate de papavérine, 2 milligrammes matin et soir.

22 décembre. — La dose a été portée progressivement jusqu'à 40 centigrammes sans produire aucun effet.

La maladie a au contraire augmenté.

27 décembre. — Commencement des injections de chlorhydrate de morphine ; 3 milligrammes matin et soir.

1er janvier. — Est moins pleureuse ; a moins d'hallucinations, mais fait encore des rêves de nature triste. La dose est arrivée à 18 milligrammes par jour ; vomissements quotidiens.

Elle est très-impressionnée par la morphine ; est abattue.

26 janvier. — 48 milligrammes le matin et le soir.

11 février. — 13 centigrammes. Vomit beaucoup ; toujours pleureuse.

24 février. — 23 centigrammes le matin et le soir, et 10 centigrammes en pilules.

27 février. — 24 centigrammes le matin et le soir, et 14 centigrammes en pilules.

11 mars. — 26 centigrammes le matin et le soir, et 16 centigrammes en pilules.

19 mars. — 27 centigrammes le matin et le soir, et 18 centigrammes en pilules.

30 mars. — 35 centigrammes le matin et le soir ; total : 70 centigrammes, et 20 centigrammes en pilules.

17 avril. — Est moins pleureuse; n'est pas trop impressionnée par la visite de sa famille; 39 ceotigrammes le matin et le soir.

1er mai. — Le mieux s'accentue; 32 centigrammes.

11 mai. — 26 centigrammes.

1er juln. — 13 centigrammes.

7 juin. — 96 milligrammes le matin, et 16 centigrammes en pilules.

22 juio. — 32 milligrammes.

6 juillet. — Cessatioo du traitement, et le 18 elle sort guérie.

Je l'ai revue, en décembre 1875, parfaitement guérie.

Les trois observations suivantes ont trait à des cas de folie compliquée de dipsomanie.

Obs. XXVI. — *Folie hystérique; dipsomanie et hallucinations; guérison par la morphine.* — La nommée Leb..., quarante-trois ans, est entrée dans mon service le 16 janvier 1874, atteinte de folie hystérique, compliquée de dipsomanie et d'hallucioations de l'ouïe.

Traits réguliers; face bourgeonnée et rouge; sens normaux, sauf la vue, qui est un peu affaiblie; léger tremblement fibrillaire de la langue; pas d'aoesthésie ni d'hypéresthésie; douleur ovarienne gauche très-nette. Elle dit ressentir souvent de l'oppression dans la région précordiale, avec sensation d'étouffement qui monte le loog du cou jusqu'aux oreilles et à la région frontale; elle buvait pour calmer ces seosations.

19 janvier. — Commencement du traitement; 3 milligrammes matin et soir.

22 janvier. — Somnolence; 16 milligrammes.

26 janvier. — Effets narcotiques très-marqués; vomissements. 64 milligrammes.

4 février. — 96 milligrammes. Dit ressentir la nuit des mouvements galvaniques.

Même dose jusqu'au 27 février. Etat raisoonable.

Dès lors la dose est progressivement abaissée.

21 mars. — 84 milligrammes.

28 mars. — 32 milligrammes.

4 avril. — Cessation du traitement.

4 mai. — La malade sort guérie.

Obs. XXVII. — *Folie névropathique, hallucinations, dipsomanie; traitement par les injections sous-cutanées de morphine; guérison.* — La nommée Por..., âgée de cinquante-trois ans, journalière, est entrée dans mon service le 13 février 1875.

Traits réguliers; pupilles égales; sens normaux; bourdonnements d'oreille; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; parole nette; pas de goître; pas d'engorgement des ganglions cervicaux postérieurs; pas de menstruation depuis la guerre; leucorrhée; pas d'anesthésie ni d'hypéresthésie; impulsion cardiaque assez forte; pas de souffle vasculaire; pas d'hérédité; pas d'habitudes d'ivrognerie. Température axillaire, 37 degrés.

Elle a des hallucinations multiples: voit des animaux tels que chats, serpents, araignées; sent de mauvaises odeurs, et présente quelques trou-

bles de la sensibilité générale, tels que élancements et piquements dans le membre inférieur droit; coups de lancette dans le côté; insomnie.

Elle manifeste des idées de persécution, craint d'être empoisonnée.

La maladie a débuté vers le 1er janvier, à la suite d'une perte d'argent, par des chants, par la répétition de mêmes mots, la tendance à s'échapper de chez elle, et par de la dipsomanie.

14 février. — L'état de maladie persistant, commencement du traitement par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, à la dose de 3 milligrammes le matin et de 3 milligrammes le soir.

17 février. — 9 milligrammes matin et soir. Les hallucinations de la vue ont cessé; les autres persistent.

23 février. — 19 milligrammes matin et soir. Elle a vomi à différentes reprises depuis le début du traitement.

27 février. — 32 milligrammes matin et soir.

14 mars. — Les hallucinations ont entièrement disparu, et la dose est alors progressivement abaissée jusqu'au 8 mai, où elle sort guérie. Avant son départ, elle me rend compte de toutes ses hallucinations, a conscience de son état de maladie passé.

Obs. XXVIII. — *Folie mélancolique avec hallucinations; dipsomanie; guérison par les injections sous-cutanées de morphine.* — La nommée L..., âgée de quarante-cinq ans, blanchisseuse, est entrée dans mon service le 17 février 1872.

Physionomie préoccupée, sens normaux, pupilles égales, contractiles; bourdonnements d'oreilles; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres, pas de menstruation depuis un an; maigreur, force musculaire très-grande; besoin continuel de se remuer, insomnie, idées de persécution, hallucinations de la vue et de l'ouïe très-intenses. Prédisposition héréditaire. Est sujette depuis plusieurs années à entendre un bruit de roulement de chemin de fer.

La maladie a débuté par de la céphalalgie, un changement dans les habitudes et le caractère, de l'insomnie, de la dipsomanie. Jusque-là elle était très-sobre.

Déjà traitée, il y a seize ans, pour folie avec agitation, consécutive à des pertes d'argent.

L'application d'un vésicatoire à la nuque et le haschish donné à diverses doses n'ayant pas amené de changement appréciable, je commence, le 10 mai, à la traiter par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine à la dose initiale de 2 milligrammes, matin et soir.

24 mai. — 3 milligrammes; vomissements.

24 juin. — 5 milligrammes.

Dans cet intervalle, à deux reprises, elle a éprouvé des troubles du côté de l'intestin et de la vessie, et, le 1er juillet nous constatons une hernie crurale droite étranglée. Taxis fait avec succès.

19 juillet. — La malade est abattue, a beaucoup vomi; 11 milligrammes.

29 juillet. — 24 milligrammes. Un peu moins d'agitation.

16 août. — 79 milligrammes; vomissements.

29 août. — 19 centigrammes. La malade est calme le jour et la nuit.

29 septembre. — 17 centigrammes et demi. Même état.

30 octobre. — A la suite d'embarras gastrique, la dose est brusquement abaissée à 64 milligrammes sans produire aucun trouble.

13 novembre. — La dose est remontée à 10 centigrammes. La malade n'est plus grossière, mais elle parle toujours à tort et à travers et elle est très-moqueuse.

30 novembre. — 12 centigrammes.

16 décembre. — 13 centigrammes.

1er janvier 1873. — Même dose.

13 février. — Elle commence à s'occuper dans la journée; 97 milligrammes.

4 mars. — L'amélioration se prononçant davantage, la dose est diminuée de 6 milligrammes par jour en moyenne jusqu'au 22. Suppression du traitement le 1er avril.

La malade est sortie, le 14 mai 1873, bien guérie.

(La suite au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la nécessité d'opérer de bonne heure la hernie étranglée et des dangers du taxis forcé;

Par M. le docteur Fourrier, chirurgien en chef des hôpitaux de Compiègne.

Tout a été dit depuis longtemps sur la question du traitement de la hernie étranglée, et depuis la publication des *Leçons* de M. le professeur Gosselin il me semble que le chirurgien doit trouver, dans les sages conseils de cet illustre maître, la règle de sa conduite dans presque tous, pour ne pas dire dans tous les cas qui peuvent se présenter à lui. Les faits regrettables qui se passent encore assez souvent sous mes yeux démontrent que, malheureusement, il n'en est point ainsi et que les idées du maître sont loin d'être vulgarisées. Il faut bien le reconnaître, la généralité des médecins lit peut les gros livres, je sais quelques praticiens qui ouvrent à peine un journal, et il ne faut pas trop s'en étonner : les fatigues professionnelles expliquent cette absence de lectures sérieuses, sans qu'il soit besoin de faire intervenir la paresse, pourtant si naturelle à l'homme. Il s'agit cependant ici d'une question de vie ou de mort. Il n'est donc pas inutile de chercher, une fois de plus, à bien faire comprendre

l'impérieuse nécessité des indications à remplir : c'est là un des rôles que doit remplir la presse médicale, et c'est ce qui m'engage à présenter aux lecteurs du *Bulletin* la statistique des quelques opérations que j'ai pratiquées, en me plaçant à ce point de vue seul ; j'y ajouterai le récit de quelques faits malheureux que j'ai observés, faits qui ont également leur importance pratique. Cette exposition sera, je crois, bien propre à faire réfléchir, et, par conséquent, elle peut avoir son utilité.

En premier lieu, je donne la statistique de mes opérations ; elle est encore peu nombreuse, mais elle ne manque pas d'éloquence. Ces opérations sont au nombre de vingt et une, qui m'ont donné les résultats suivants :

Les hernies crurales m'ont donné : 4 opérés avant 50 heures, 4 guérisons ; — 4 opérés après 50 heures, 4 morts.

Les hernies inguinales m'ont donné : 7 opérés avant 50 heures, 4 guérisons, 3 morts ; — 6 opérés après 50 heures, 2 guérisons, 4 morts.

Il va sans dire que les opérés après 50 heures ne l'ont été si tardivement que parce que je n'ai pas été appelé plus tôt.

Je dois ajouter que, sur les trois opérés avant 50 heures qui ont succombé, l'un pouvait être considéré comme guéri, puisqu'au dixième jour il mangeait et commençait à se lever, la plaie était presque cicatrisée, lorsqu'il a été emporté par le tétanos, accident fort rare, je crois, à la suite de l'opération de la hernie.

Le second avait été littéralement meurtri par des manœuvres trop violentes de taxis, je reviendrai plus loin sur ce cas malheureux, qui, en bonne justice, ne devrait pas entrer en ligne de compte, puisque la mort n'est pas la conséquence de l'opération.

Enfin le troisième appartient à un alcoolique qui a été enlevé par une attaque de *delirium tremens* le troisième jour, ce qui atténue singulièrement le résultat de la statistique.

Il me semble que les chiffres parlent d'eux-mêmes.

La plupart des malades opérés tardivement ont succombé dans les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, tandis que la guérison est la règle pour ceux qui ont été opérés dans les premières heures.

C'est ce que le professeur Gosselin avait démontré surabondamment depuis longtemps dans les *Archives générales de médecine*, 5[e] série, t. XVII, p. 129. A cette époque ses tableaux

donnaient les résultats suivants : 1 mort sur 4 opérés avant 50 heures ; — 1 mort sur 2 opérés après 50 heures.

Ma statistique donne à peu près le même résultat pour les opérés après 50 heures, puisque je trouve : 10 opérés après 50 heures, 2 guérisons, 8 morts, ou 4 décès sur 5 opérations.

Pourquoi donc voyons-nous si souvent des médecins temporiser? Autant que je puis en juger par les conversations que j'ai de temps en temps avec mes confrères à ce sujet, cela tient aux idées qui règnent encore sur le mécanisme de l'étranglement. Pour un très-grand nombre de médecins, en effet, les hernies deviennent étranglées par engouement, par inflammation; on en est encore aux théories de Boyer, et, comme on a vu ou au moins entendu parler de quelques étranglements qui ont cédé après un certain temps et guéri sans opération, on est porté à temporiser. Mais cependant Boyer lui-même disait, au moins à propos de l'étranglement par inflammation : « En opérant promptement, on s'exposerait à la vérité à opérer quelques hernies pour lesquelles l'opération ne serait pas absolument indiquée et qu'on aurait pu réduire par des moyens moins violents ; mais cet inconvénient ne peut être mis en parallèle avec le danger auquel on expose le malade en pratiquant l'opération trop tard. En effet, l'opération n'est pas dangereuse par elle-même, elle réussit presque toujours quand on la pratique avant que les parties soient affectées d'inflammation. » (*Traité des maladies chirurgicales*, t. VIII, p. 93.)

Malheureusement, à propos de l'étranglement par engouement, il permet que l'on attende cinq, six, douze jours et même plus. Voilà la cause d'une foule d'erreurs. Que de fois n'ai-je pas entendu des confrères insister sur la temporisation, en s'appuyant sur ce prétendu mécanisme de l'engouement, ou sur l'état inflammatoire, qu'il fallait d'abord combattre avec des sangsues! Et cependant, aujourd'hui, la théorie de l'engouement a été renversée par Malgaigne ; M. Gosselin a, d'un autre côté, donné les raisons qui l'empêchent d'admettre l'inflammation comme cause des accidents, de sorte qu'il ne reste plus que l'étranglement *par étranglement*, si l'on peut s'exprimer ainsi. Je cite volontiers la définition de M. Gosselin, parce qu'elle me semble surtout partique : « L'étranglement est la constriction plus ou moins dangereuse d'une anse intestinale, constriction dont les effets fâcheux sont évités par une réduction immédiate, lorsque

le chirurgien est appelé à temps. » (*Leçons sur les hernies*, p. 99.) Avec cette définition, on met de côté l'épiplocèle étranglée qui réclame une autre conduite et on reste en face de l'étranglement intestinal, dont *les effets fâcheux sont évités par une réduction immédiate*.

Donc, il faut lever rapidement l'obstacle, et, si on ne le peut par le taxis après avoir soumis le malade aux vapeurs du chloroforme, on doit sans retard pratiquer l'opération.

Si tous les médecins étaient bien persuadés que c'est là la seule conduite à tenir, le nombre des victimes de la hernie étranglée serait beaucoup moindre.

Je termine ce petit travail par la relation d'un fait qui s'est passé récemment sous mes yeux et dont la gravité n'échappera à aucun de mes lecteurs; le voici :

Observation. — M. P***, cultivateur à Venette, près de Compiègne, âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, porte depuis quelques années une hernie inguinale du côté droit, hernie facilement réductible, qu'il maintient ordinairement avec un bandage.

Le 7 septembre 1875, il se rend dans une ville voisine pour ses affaires et néglige de prendre son bandage ; pendant la journée, la hernie sort plus que de coutume et bientôt il éprouve des douleurs très-vives et fait appeler immédiatement un confrère, qui essaye de faire rentrer la hernie.

Pendant une demi-heure, me raconte le malade, ce confrère a pressé sur la tumeur, arrachant des cris au malheureux patient ; au bout de ce temps la hernie n'était point rentrée et le malade retournait chez lui, tout courbaturé ; je le voyais à neuf heures du soir.

Je constatai la présence d'une tumeur énorme, remplissant les bourses et remontant jusqu'au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; cette tumeur était dure, rénitente ; elle donnait à la percussion un son complétement mat, elle était d'ailleurs assez peu douloureuse. A part un sentiment de courbature très-prononcé, le malade ne se trouvait pas mal ; il n'y avait pas d'envies de vomir, ni de fièvre. Il m'a été impossible alors de juger de la coloration des parties, faute d'éclairage suffisant ; les bourses seulement m'ont semblé très-rouges. Je remis au lendemain la décision à prendre, me contentant de faire appliquer de la glace sur la tumeur.

Le lendemain matin l'état est le même ; mon collègue M. le docteur Canivet voit le malade avec moi. Nous trouvons les bourses énormes, dures, nous croyons percevoir une sensation de fluctuation ; la peau des bourses est noire, couverte de larges ecchymoses. Il n'y a pas d'envies de vomir, pas de fièvre ; le facies est

bon. Sommes-nous en présence d'une hernie épiploïque, avec épanchement de sang dans le sac, épanchement amené par les manœuvres de taxis? Le diagnostic était difficile : en l'absence de symptômes graves, de vomissements, de fièvre, en présence de l'état général qui est excellent, nous nous décidons à attendre ; le malade supporte bien quelques boissons et il n'y a pas encore 24 heures que la hernie est devenue irréductible. Sangsues; un grand bain.

Le 9 au matin, 40 heures environ après le début des accidents, nous trouvons, mon confrère et moi, la situation changée : il n'y a pas eu de vomissements, mais la face est un peu altérée, il y a des douleurs de ventre assez vives, la tumeur est douloureuse à la moindre pression comme toute la partie droite de l'abdomen, même un peu au-delà de la ligne blanche. Les bourses sont noires, la peau paraît se mortifier et les ecchymoses s'étendent vers les cuisses dans une étendue assez considérable. Le pouls est petit, à 85. Il y a évidemment des signes de péritonite.

Je pratique une ponction au centre de la tumeur avec l'aiguille n° 2 de l'appareil de Dieulafoy et j'extrais environ 40 grammes d'un liquide brun, constitué par du sang décomposé. Immédiatement je me mets en devoir de pratiquer l'ouverture du sac. L'incision de la peau est à peine douloureuse ; les tissus sont épais, gorgés d'un liquide noirâtre; j'arrive sur le sac, que j'ouvre sur la sonde cannelée, il sort une grande quantité de sang décomposé, déjà fétide. Une masse intestinale se présente, elle est constituée par l'intestin grêle et longue de 25 à 30 centimètres : les parois intestinales sont noires, infiltrées de sang, meurtries comme la peau; l'aiguille de l'aspirateur a porté sur une des anses, et par la petite ouverture jaillit un mince filet de sang décomposé, semblable à celui qui était dans le sac, cet écoulement s'arrête bientôt, et alors c'est à peine si l'on peut apercevoir la piqûre.

En examinant avec soin la cavité dans laquelle se trouve l'intestin, nous constatons avec surprise que cette cavité se prolonge au-dessus de l'aine, qu'elle est creusée dans le tissu cellulaire qui se trouve entre la couche musculaire et la peau, et qu'elle remonte au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Nous avons, mon confrère et moi, vérifié le fait à plusieurs reprises, tant il nous paraissait extraordinaire. Il est évident que, sous l'influence des violentes manœuvres pratiquées, il s'est produit une espèce de fausse route dans laquelle l'intestin s'est engagé.

L'étranglement siége au collet du sac, au niveau de l'orifice interne du canal inguinal; il est constitué par un tissu fibreux extrêmement épais et tellement serré que je ne puis passer la sonde cannelée. En portant un très-petit bistouri boutonné sur l'extrémité de l'index, je parviens à débrider : je pratique ainsi plusieurs incisions et je puis bientôt facilement pénétrer dans la cavité abdominale et attirer l'intestin de façon à constater l'é-

tat dans lequel il se trouve. Au-dessus du point étranglé, l'intestin est légèrement injecté ; tout ce qui est au-dessous est noir brun, ce n'est pas la couleur lie de vin ordinairement observée. Il s'agit pour nous de savoir si nous pouvons faire rentrer la partie herniée. Comme je viens de le dire, l'intestin est noir, mais cette coloration tient plutôt à l'épanchement répandu dans l'épaisseur des tuniques intestinales par suite des violences exercées, qu'aux suites de l'étranglement ; les parois ne sont point ramollies, elles paraissent solides : nous pensons donc qu'il faut mieux laisser tout rentrer, espérant qu'ainsi nous aurons encore moins de mauvaises chances contre nous ; nous ne nous dissimulons pas d'ailleurs que la situation est des plus graves et que la mort est à peu près certaine.

J'ai déjà dit que l'incision de la peau avait été presque insensible ; du reste le malade a peu souffert pendant l'opération ; il n'a pas perdu de sang. L'intestin rentré, je nettoie la plaie et je pratique un lavage avec de l'eau fortement alcoolisée : un pansement simple est fait ensuite.

Dans l'après-midi il y a une garde-robe liquide, noire ; mais l'état général est aussi grave, la face plus grippée, il y a du hoquet, le pouls ne se relève pas, les douleurs de ventre persistent ; enfin le malade succombe le lendemain matin.

Ce fait malheureux peut être rapproché de deux autres que j'ai observés en 1874 ; dans ces deux cas des manœuvres violentes de taxis avaient été exercées et avaient amené la production d'ecchymoses sur la peau, mais les désordres étaient beaucoup moins graves : l'intestin n'avait pas été meurtri comme dans le cas dont je viens de parler ; cependant une péritonite s'est développée et les deux malades ont succombé quelques heures après l'opération.

Les accidents observés chez notre malade par le fait du taxis sont pleins d'enseignements. Ils sont bien extraordinaires, et, quant à moi, je n'avais jamais rencontré de désordres aussi graves, ni lu la relation de cas analogues. En parlant des accidents du taxis, M. Gosselin ne fait aucune allusion à la possibilité de pareils désordres, bien qu'il s'adresse à des élèves et, cependant, puisque j'ai été à même d'observer trois fois des accidents semblables, je dois croire qu'ils sont encore assez fréquents; je ne suis évidemment pas le seul qui en ait été le témoin. Quoi qu'il en soit, il est de toute évidence qu'un chirurgien prudent devra les éviter facilement, en se conformant aux règles qui doivent présider aux manœuvres de taxis. Le refoulement de la masse intestinale entre la peau et les muscles de l'abdomen n'a

pu être produit que par des pressions trop violentes et mal dirigées. Au lieu d'entourer la base de la hernie avec la main gauche pendant que la droite est appliquée sur le corps de la tumeur, il est probable qu'on s'est contenté de presser sur le fond, ce qui ne doit jamais être fait. On comprend alors, surtout en présence d'un étranglement aussi étroit que celui que présentait notre malade, on comprend, dis-je, que les intestins violemment refoulés aient dû chercher à s'échapper et qu'ils se soient frayé une route au travers du tissu cellulaire. La présence des ecchymoses au scrotum, l'épanchement considérable de sang dans le sac et dans l'intestin, prouvent encore que la tumeur a dû être malaxée avec les doigts et meurtrie à un degré extraordinaire.

Je lis dans les *Leçons* citées plus haut qu'il serait à désirer que l'on supprimât de notre langage les mots de *taxis forcé* et *taxis prolongé*, qui entraînent l'idée d'une violence extrême et portée au-delà des limites raisonnables, parce que beaucoup de chirurgiens s'effrayent encore outre mesure des conséquences de ce mode de traitement. Les exemples que je viens de citer démontrent que malheureusement cette crainte n'est pas générale, et je pense que cette réforme du langage serait plus utile à un autre point de vue. Si, en effet, les auteurs ne parlaient pas de taxis forcé, mais se contentaient d'indiquer les règles de l'opération, il est probable que l'on rencontrerait moins de chirurgiens disposés à employer une force exagérée.

Ces réflexions suffisent, et je ne puis, en terminant, que rappeler que le taxis doit toujours être modéré, que la pression exercée doit agir sur toute la masse de la tumeur, d'une manière continue et progressive, en ayant soin de la diriger dans le sens des ouvertures naturelles ; que jamais les doigts ne doivent malaxer la tumeur, et qu'enfin il y a un degré, d'ailleurs difficile à déterminer, où il est nécessaire de s'arrêter, si l'on ne veut pas s'exposer à des accidents formidables.

Puissent ces quelques lignes provoquer les réflexions de ceux de nos confrères qui seraient tentés de temporiser en présence d'une hernie étranglée ! Nous serions heureux de penser qu'elles porteront chez eux la conviction et qu'elles les décideront à modifier leur manière de voir et à abandonner la vieille théorie de l'engouement.

OBSTÉTRIQUE

A quel moment doit-on pratiquer la ligature du cordon ombilical[1] ?

Par M. le docteur Budin, ancien interne de la Maternité.

C'est sur les conseils de son maître, M. le docteur Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité, qu'il a étudié cette question. M. Tarnier lui a aussi indiqué à l'aide de quels moyens il pourrait la résoudre.

Les anciens attendaient que le placenta ait été expulsé pour couper le cordon et en lier le bout fœtal ; depuis plusieurs siècles, on n'attend point pendant un temps aussi long : lorsque l'enfant est sorti, on jette sur la tige funiculaire deux ligatures, une du côté de l'ombilic, l'autre du côté de l'arrière-faix, et on pratique entre elles la section.

Mais à quel moment doit-on faire ces ligatures et cette section? Les auteurs professent des opinions différentes : « On a l'habitude de les pratiquer *immédiatement* après la naissance, » dit Cazeaux. « Il faut *attendre*, écrivent Jacquemier et Nægele, que les pulsations du cordon aient cessé ou du moins soient très-affaiblies du côté de l'ombilic. »

Le plus souvent, dans la pratique, dès que la sortie du fœtus est accomplie, les sages-femmes ou les médecins s'empressent de lier le cordon, de le sectionner ensuite, et ils emportent l'enfant loin de la mère.

Pour savoir s'il valait mieux attendre ou, au contraire, agir immédiatement, M. Budin a fait les recherches suivantes :

Dans une *première* série de faits (trente-deux observations), l'enfant étant expulsé, il l'a laissé respirer, crier, s'agiter ; il a suivi les modifications qui survenaient du côté du cordon ombilical, et, lorsque ce cordon avait cessé de battre depuis une,

(1) Nous croyons devoir donner ici le compte rendu des communications faites par M. Budin à la Société de biologie (séances du 11 décembre 1875 et du 8 janvier 1876 (*Gazette médicale*, 1875) ; les conclusions qu'on peut tirer de ce travail, à propos de la délivrance et du traitement de l'asphyxie des nouveau-nés, sont trop importantes et trop pratiques pour que nous n'appelions pas l'attention des médecins sur cet intéressant sujet. *Le Comité de rédaction.*

deux ou trois minutes, il l'a sectionné et a recueilli, dans un verre gradué, le sang qui restait dans les vaisseaux placentaires.

Dans une *seconde* série, au contraire (trente observations), dès que l'enfant était sorti des parties génitales, dès qu'il avait respiré largement et jeté un ou deux cris, l'opérateur pinçait le cordon ombilical entre le pouce et l'index, de manière à interrompre la circulation fœto-placentaire, plaçait une ligature sur le bout fœtal, pratiquait la section et recueillait le sang resté dans les vaisseaux du placenta.

Dans la première série de faits, en supposant le poids moyen des enfants égal à 3^k,500, la quantité de sang qui s'écoulait venant du placenta était égale à 12 centimètres cubes. Dans la seconde, au contraire elle équivalait à 100 centimètres cubes.

Ainsi donc, couper le cordon aussitôt après la sortie de l'enfant, c'est le priver de 88 centimètres cubes (100 — 12 centimètres cubes) de sang, c'est-à-dire de 92 grammes, car le poids spécifique du sang est égal à 1,055.

Quatre-vingt-douze grammes de sang peuvent paraître peu de chose ; mais, qu'on ne l'oublie pas, il s'agit de nouveau-nés pesant en moyenne 3^k,500. Chez un adulte du poids moyen de 65 kilogrammes, cette quantité équivaudrait à 1^k, 700.

La circulation fœto-placentaire est une circulation complétement fermée ; il semble donc qu'après la naissance l'enfant aspire pour ainsi dire tout le sang contenu dans les vaisseaux du placenta. Une partie de ce sang est bien d'abord renvoyée dans le placenta par les artères ombilicales ; mais, lorsque les battements du cordon cessent, tout le sang qui revient par la veine ombilicale reste dans la circulation propre du fœtus.

D'où cette conclusion à laquelle est arrivé M. Budin : *On ne doit pratiquer la ligature et la section du cordon ombilical que une ou deux minutes après la cessation des battements vasculaires de cette tige.*

Du reste, on peut faire une expérience, intermédiaire pour ainsi dire. Dans treize observations, on a lié le cordon une minute et demie ou deux minutes après la naissance, alors que les battements du cordon avaient persisté, alors que du sang lancé par les artères ombilicales arrivait encore à l'arrière-faix. Dans ces cas, on a recueilli, venant du placenta, une quantité de sang égale à 45 grammes.

Mais si attendre que les battements du cordon aient cessé pour

en pratiquer la ligature et la section est une manœuvre favorable à l'enfant, ne serait-elle pas défavorable à la mère? Le placenta, en effet, devient ainsi exsangue, et un certain nombre d'accoucheurs affirment que plus le placenta est gonflé, turgide, plus son décollement est facile. M. Louis Senn (de Genève) a même été jusqu'à conseiller de faire refluer dans le placenta le plus de sang possible venant du fœtus.

Cette question, en réalité, est double, car il y a deux faits : 1° le décollement du placenta ; 2° son expulsion.

Le placenta se décolle-t-il plus facilement lorsqu'il est rempli de sang? La clinique seule pourrait résoudre cette question.

Il a toujours semblé à M. Tarnier que la délivrance se faisait plus facilement lorsqu'il avait laissé l'enfant respirer et crier pendant un certain temps. Pour M. Budin, tous ces placentas étaient exsangues puisque dans chaque expérience il avait recueilli et mesuré le sang que cet organe pouvait encore contenir. Jamais il n'a vu la délivrance présenter la moindre difficulté ; au contraire, il lui suffisait, au moment où l'utérus se contractait, de mettre la main sur son fond et de presser légèrement pour voir bien souvent le placenta arriver à la vulve.

Quant à l'expulsion de l'arrière-faix, il a recherché, à l'aide d'une sorte d'entonnoir renversé dont le petit orifice mesurait 5 centimètres de diamètre, si le placenta rempli de sang passait plus facilement que lorsqu'il était exsangue. L'appareil était placé horizontalement ; on attachait le cordon ombilical à une forte ficelle qui, après avoir passé sur une poulie, devenait verticale et soutenait un léger plateau de balance, sur lequel on plaçait une quantité suffisante de poids. Dans toutes les expériences, le placenta exsangue a passé plus facilement ; le placenta gorgé de sang a exigé en moyenne 650 grammes de plus pour franchir l'orifice.

Ainsi donc il n'est démontré ni cliniquement ni expérimentalement que la délivrance soit plus facile lorsque le placenta est volumineux et gorgé de sang ; le contraire semble être l'expression de la vérité.

Les anciens auteurs reconnaissaient deux sortes d'asphyxies des nouveau-nés, l'asphyxie bleue et l'asphyxie blanche ; cette dernière n'est autre chose qu'une syncope.

Lorsque l'asphyxie véritable existe « il est évident, dit Cazeaux, « que l'indication première est de faire cesser l'engorgement du

« cerveau et des poumons. C'est ce qu'on obtient en coupant
« promptement le cordon ombilical et en laissant écouler quel-
« ques cuillerées de sang. »

La saignée est peu recommandée chez l'adulte comme traitement de l'asphyxie. Chez le nouveau-né, en sectionnant le cordon immédiatement après l'expulsion, on prive, nous l'avons démontré, l'enfant de 92 gr. de sang qu'il aurait pu puiser dans le placenta. En laissant s'écouler en plus par les vaisseaux ombilicaux de deux à quatre cuillerées, c'est-à-dire de 40 à 80 gr. de sang, on ajoute à la première une nouvelle cause d'anémie profonde. L'enfant subit alors une perte de sang qui correspondrait chez l'adulte non pas à une saignée de 1 700 gr., mais à une saignée de 2500 à 3000 gr.

Et cela, pourquoi? Parce qu'il y a, dira-t-on, congestion pulmonaire et cérébrale. La congestion pulmonaire n'existe évidemment pas au moment de la naissance, puisque le poumon est en état d'atélectasie. Quant à la congestion cérébrale, il nous semble d'abord qu'on confond beaucoup trop facilement l'asphyxie et la congestion. Mais, en supposant qu'il y ait congestion, qu'on laisse l'enfant attaché au cordon ombilical crier et respirer largement, et l'on verra la cyanose disparaître rapidement, comme nous l'avons vu bien des fois : les poumons, en se dilatant, offrent au sang un diverticulum dans lequel il se précipite immédiatement mis en contact avec l'air dans les vésicules pulmonaires, ce sang s'empare de l'oxygène ; l'asphyxie et la coloration violacée des téguments peuvent alors s'effacer.

Si, au contraire, on pratique la saignée du cordon, évidemment la teinte asphyxique disparaît rapidement, mais la peau, au lieu de prendre la couleur rose vif qui lui est habituelle, devient bientôt d'une pâleur extrême, et l'enfant présente un certain état d'apathie.

Dans certain cas, il y a non pas seulement asphyxie simple, mais encore état de mort apparente. Si, dans ces conditions plus graves, la respiration ne s'établit pas spontanément, en pratiquant l'insufflation trachéale, d'une part, on favorisera, à l'aide du moyen le plus efficace qui existe, comme l'a démontré M. le professeur Depaul, l'oxygénation du sang, et, d'autre part, on fera cesser la congestion cérébrale si redoutée, puisqu'on ouvrira au sang de nouveaux et nombreux canaux.

Mais, comme il est parfois bien difficile de faire l'insufflation

trachéale du nouveau-né sur le lit même où la mère est étendue, nous concluons en disant : « Dans les cas d'asphyxie des nouveau-nés, il faudra, si c'est possible, attendre que la respiration du fœtus soit bien établie et que les battements du cordon aient cessé avant de faire la ligature et la section de la tige funiculaire s'il y a mort apparente et que la respiration artificielle, l'insufflation, soit nécessaire, *il faudra toujours*, avant de la pratiquer, *se garder de faire une saignée au cordon.* »

CORRESPONDANCE

Du traitement de l'éclampsie puerpérale par le chloral.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Le *Bulletin de Thérapeutique* ayant eu l'occasion de publier plusieurs cas relatifs à l'emploi du chloral dans l'éclampsie puerpérale, je viens vous communiquer le fait suivant :

Il s'agit d'une femme de la commune de S...-O..., âgée de trente-six ans; elle est d'une constitution robuste, et sa santé est habituellement florissante. Elle n'offre rien de particulier à signaler dans l'histoire de trois grossesses parvenues à leur terme. Devenue enceinte pour la quatrième fois, elle se fait remarquer, disent les siens, par le développement énorme de ses jambes. Alors aussi se manifestent des maux de tête et d'estomac, des vertiges fréquents, de la faiblesse de la vue.

Le 10 juillet 1875, elle se met en travail et elle est délivrée très-heureusement dans la soirée. Mais vers minuit elle est prise de convulsions qui jettent l'épouvante dans la famille. Toutes les dix minutes elle a des accès convulsifs que séparent des intervalles de prostration complète. Un confrère est appelé et ordonne seulement trente sangsues à l'hypogastre.

Le 11 au matin, même état. Appelé à mon tour, je trouve la malade sans connaissance; sa langue est horriblement mutilée, et ses membres dans la résolution complète. J'assiste bientôt à plusieurs attaques; perte de l'intelligence, membres agités de mouvements convulsifs, face grimaçante, écume sanguinolente, puis coma. C'était donc de l'éclampsie puerpérale. Comme l'émission sanguine provoquée par les sangsues avait été infructueuse, quoiqu'elle eût été abondante, je ne juge pas à propos de faire une saignée générale et je prescris la potion suivante :

Chloral..............................	6 grammes.
Julep gommeux........................	150 —

Quatre cuillerées dans la première heure; une cuillerée ensuite toutes les heures. Je fais appliquer de plus une vessie

remplie d'eau froide sur la tête. Vers dix heures du soir, les accès diminuent et s'arrêtent le 12 au matin vers quatre heures.

A neuf heures, je trouve la malade plongée dans un coma profond. La respiration est bruyante, la face colorée, le pouls plein et dur, la résolution des membres complète, l'intelligence abolie, la sensibilité un peu émoussée; pas de fièvre. Songeant à une congestion cérébrale consécutive, je fais appliquer douze sangsues aux apophyses mastoïdes et continuer la potion (une cuillerée toutes les trois heures). Vers midi la malade entr'ouvre les yeux, promène çà et là des regards étonnés et retombe dans la torpeur. Le soir même application de sangsues. Dès ce moment l'état de la malade devient meilleur; elle reprend connaissance. Les urines, rares jusqu'à ce jour, commencent à s'écouler avec abondance. Le 13 au matin, le mieux s'accentue, et la malade est sans fièvre. A l'examen, les urines donnent un léger trouble albumineux. Notre malade est en outre d'une gaieté folle; elle est même démesurément loquace. Je la quitte en la prenant pour une personne naturellement expansive et je lui ordonne une tisane diurétique. Le 14 au matin, ses paroles sont devenues excentriques et pleines de railleries pour ceux qui l'entourent. Cette attitude me paraît étrange; j'interroge les parents et j'apprends que, depuis qu'elle avait repris connaissance, elle n'avait nullement conscience de ce qui s'était passé, qu'elle était d'une loquacité tantôt plaisante, tantôt sarcastique; enfin, qu'elle avait le délire. En effet, elle voyait des sorcières qu'elle montrait du doigt, le bon Dieu était en personne au chevet de son lit, elle n'était pas malade, etc. Afin d'éviter une complication du côté des méninges, je lui fais appliquer un large vésicatoire à la nuque et lui ordonne un purgatif. Le lendemain le délire a disparu, et, à compter de ce jour, elle marche assez rapidement vers la guérison, malgré une broncho-pneumonie contractée sans doute en se découvrant. Telle est l'observation que je soumets à votre appréciation. Elle présente, à mon avis, des faits intéressants : 1° le succès évident du chloral dans un cas où des craintes sérieuses étaient justifiées; 2° le délire, un accident assez rare à la suite de l'éclampsie, qui cède promptement à la médication révulsive; 3° l'inefficacité des sangsues appliquées à l'hypogastre, à la vulve même, en dépit de certains médecins peu soucieux des données de la physiologie pathologique.

Veuillez agréer, etc. Le docteur LABORDE.

Mugron (Landes), 29 janvier 1876.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique obstétricale professées à l'hôpital des Cliniques, par le docteur DEPAUL, rédigées par le docteur DE SOYRE. (1 vol. de 800 pages, chez V.-Adrien Delahaye et Ce.) — L'importance de cet ouvrage, dont le troisième et dernier fascicule vient de paraître, n'échappera à personne.

Dans ses leçons, M. le professeur Depaul a évidemment exposé ce que lui avait appris une longue pratique obstétricale ; le médecin y trouvera donc beaucoup de conseils fort utiles. — Dans sa préface, M. Depaul proteste avec énergie contre les accusations dont a été l'objet l'enseignement officiel de la Faculté, et il oppose avec juste raison l'enseignement obstétrical donné par l'Ecole de Paris à l'enseignement fourni par les Facultés étrangères. Evidemment, il serait difficile de trouver un professeur dont la parole fût plus claire et plus lucide, plus agréable et plus instructive à la fois que celle de M. le professeur Pajot ; évidemment, il n'existe pas beaucoup de cliniciens aussi consommés, d'opérateurs aussi habiles et aussi brillants que le professeur Depaul ; évidemment encore, l'organisation de l'hôpital des Cliniques est excellente, tout le monde est d'acord sur ces points, et les étrangers eux-mêmes sont de notre avis. Mais tout cela n'empêche pas que l'enseignement obstétrical donné par la Faculté ne soit *insuffisant*, et il est insuffisant pour deux raisons capitales : la première, c'est que les étudiants ne sont nullement obligés d'avoir fait, pour passer leur cinquième examen de doctorat, ce que nous pourrions appeler un stage obstétrical ; la seconde, c'est qu'un seul service d'accouchements est tout à fait insuffisant pour les nombreux élèves de l'Ecole de Paris, et tout le monde sait que les médecins qui sont à la tête des services d'accouchements dans les hôpitaux n'ont jamais eu la prétention ni même le désir (à l'exception du regretté professeur Lorain, qui avait été interne à la Maternité) de faire des leçons d'obstétrique ni théoriques ni cliniques.

M. Depaul a surtout étudié, dans son livre, la grossesse et l'accouchement normal. Après avoir consacré cinq leçons aux différents moyens d'exploration (palper, auscultation, toucher), il en a accordé dix à la grossesse simple ou gémellaire, et onze à l'accouchement et aux suites de couches. Dans les autres chapitres sont étudiées les môles vésiculaires, l'éclampsie, la rétroversion utérine, la procidence du cordon ombilical, les procidences des membres, l'anesthésie et l'insertion vicieuse du placenta, c'est-à-dire les complications que le médecin est exposé à rencontrer le plus fréquemment dans la pratique. Nous sommes obligé de nous borner à cet énoncé, et nous ne le regrettons qu'à demi, car ce livre est destiné à prendre place dans la bibliothèque de la plupart de nos confrères, qui auront ainsi l'occasion de le juger par eux-mêmes mieux que nous ne pourrions le faire.

Pathogénie et traitement des hémorrhagies utérines (hors de la grossesse et de l'accouchement), par le docteur J.-E. Carpentier-Méricourt. (1 vol. 70 pages, O. Doin, éditeur.) — Après avoir étudié d'une façon minutieuse les conditions anatomiques et physiologiques dans lesquelles se trouvent l'ovaire et l'utérus, M. le docteur Carpentier-Méricourt en tire des conclusions pratiques relativement au traitement des hémorrhagies utérines. Il montre que le plus souvent l'irritation, l'excitation de l'ovaire est la cause de l'hémorrhagie, mais que parfois aussi le point de départ irritatif existe dans l'utérus lui-même. Voici ses conclusions : 1° la menstruation et la ménorrhagie présentent une grande analogie, et les notions de physiologie peuvent éclairer la pathogénie de certaines hémorrhagies utérines ; 2° dans l'un comme dans l'autre cas, il y a congestion de l'ovaire,

érection de tout le système utéro-ovarien, et le sang coule autant que dure le stimulus; lorsqu'on est en présence d'une hémorrhagie, il faut rechercher le point dit *ovarique*, et si on le trouve, instituer un traitement destiné à faire tomber le spasme qui amène la congestion; une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine suffit dans beaucoup de cas (Verneuil). Le travail de M. Carpentier-Méricourt est fort intéressant, car il est évident que les hémorrhagies utérines ne peuvent être, dans chaque cas, efficacement traitées qu'autant que leur cause aura été nettement reconnue.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 17, 24 et 31 janvier 1876; présidence de M. le vice-amiral Paris.

Critique expérimentale sur la formation de la matière sucrée dans les animaux. par M. Cl. Bernard — « I. Le sang de l'homme et des animaux est invariablement sucré. J'ai montré que cette glycémie constante dépend d'une fonction normale du foie... Mes expériences et mes idées trouvèrent des partisans, mais aussi des oppositions de la part des théories reçues...

« Vers la même époque je montrai, par d'autres expériences, que cette production physiologique du sucre dans le foie est soumise à l'influence du système nerveux, et qu'en blessant un point particulier du quatrième ventricule, non loin de l'origine des nerfs vagues, la matière sucrée se déverse surabondamment dans le sang au point de rendre l'animal diabétique. C'est l'ensemble de ces faits qui me porta à admettre dans l'organe hépatique une nouvelle fonction restée jusqu'alors ignorée, et à laquelle je donnai le nom de *fonction glycogénique* ou *glycogénésique du foie...* Puis je constatai du sucre dans les liquides allantoïdiens, amniotiques et dans l'urine, montrant que le diabète est, en quelque sorte, l'état normal chez le fœtus. Je signalai, en outre, particulièrement dans les muscles et dans les poumons, une substance pouvant donner naissance au sucre par une sorte de fermentation spéciale. J'ajoutai enfin quelques expériences relatives à l'influence de la matière sucrée sur le développement des cellules organiques. La glycogenèse me parut être dès lors, chez les animaux comme chez les végétaux, un phénomène physiologique général, accompagnant partout les manifestations de la vie...

« II. Mais il ne suffit pas d'avoir constaté la formation du sucre dans le foie, il fallait pénétrer plus avant dans le phénomène et chercher à saisir son mécanisme: c'est là ce que j'appelle la seconde période de la question. Elle sera marquée par l'*expérience du foie lavé* et par la découverte de la *matière glycogène*, découverte qui vint en quelque sorte changer la face du problème en le rattachant à une des questions les plus ardues de la physiologie générale, celle de la nutrition intime des tissus... J'ai montré que, au lieu de chercher immédiatement *dans le sang* la substance qui précède le sucre et qui lui donne naissance, il fallait, au contraire, la placer dans le *tissu hépatique* lui-même...

« Je finis enfin par me convaincre que le foie, après qu'il a été extrait du corps de l'animal, continue sa fonction glycogénique et s'enrichit bien réellement et très-rapidement en matière sucrée, pendant un certain temps, après lequel la quantité reste à peu près fixe. Ce fut là un fait bien imprévu et bien instructif; il nous montre dans toute son évidence la mobilité des propriétés vitales, en même temps qu'il nous fait sentir la délicatesse et toutes les difficultés des analyses chimiques appliquées aux

liquides et aux tissus de l'organisme. Un même tissu organique, analysé exactement de la même façon, mais à un quart d'heure, que dis-je? à cinq, à dix minutes de distance, n'est plus le même tissu et ne donne pas des analyses comparables. Et ce que je dis ici ne s'applique pas seulement à un cas particulier, au tissu du foie, c'est un fait général: tous les tissus, tous les liquides animaux, en dedans comme en dehors de l'organisme, nous présentent une mutation chimique rapide et incessante.

« Après avoir découvert la matière glycogène dans le foie de l'animal adulte, je l'avais recherchée, dit l'auteur, dans le fœtus, dont le sang, ainsi que divers autres liquides organiques, est également sucré. Je trouvai en effet de la matière glycogène dans le fœtus, dans les muscles, dans les épithéliums, dans le placenta chez les rongeurs, dans les plaques de l'amnios chez les ruminants, dans le sac vitellin chez les oiseaux, etc. Or, à cette époque de la vie, le foie ne renferme pas encore de matière glycogène, et comme je voyais ensuite cette matière diminuer et même disparaître dans les appareils fœtaux transitoires à mesure que le moment de la naissance approchait et que le foie lui-même débutait dans la fonction glycogénique, j'en avais induit que, chez le fœtus, la matière glycogène semble être une condition de développement de certains tissus, et que la fonction glycogénique est alors diffuse au lieu d'être localisée dans le foie, comme cela se voit chez l'animal adulte. J'avais corroboré ces vues par d'autres observations faites sur des animaux inférieurs, sur certains mollusques, sur des larves d'insecte chez lesquels la matière glycogène se rencontre en très-grande quantité à l'état de diffusion dans les tissus, au lieu d'être concentrée dans un point spécial du corps. Plus tard, on trouva et je trouvai moi-même que la matière glycogène que j'avais constatée dans les muscles du fœtus peut aussi exister dans les muscles de l'adulte. De tous ces faits on inféra que la fonction glycogénique n'est pas limitée au foie, mais qu'elle appartient à beaucoup de tissus, sinon à tous; qu'il fallait, en un mot, admettre une *glycogénie générale* au lieu d'une simple *glycogenie hépatique*. C'est ainsi que la confusion s'est introduite dans la question de la fonction glycogénique des animaux, question qui est devenue aujourd'hui un véritable chaos, sur lequel les traités généraux de physiologie chercheraient en vain à répandre une lumière conciliatrice. On a confondu l'explication du phénomène physiologique avec sa localisation. »

Nouveau cas d'aphasie ou de la perte de la parole, provenant de la perte des mouvements coordonnés nécessaires à l'acte de la prononciation des mots, sans nulle lésion des facultés intellectuelles, par M. Bouillaud. — « Le malade est un avocat d'une trentaine d'années, de Châtellerault, ville dans laquelle habitait aussi un des aphasiques dont j'ai déjà publié l'observation.

« Dans une des nuits du mois de juin 1875, tout à coup et sans aucune cause connue, il s'aperçut, avec une émotion profonde, qu'il était paralysé du côté droit et qu'*il avait perdu la parole*, sans que d'ailleurs son intelligence eût éprouvé la moindre atteinte. En effet, il *comprenait* parfaitement et les *paroles* et les *idées* et les *sentiments* de sa femme, que l'accident si brusque et si peu prévu dont il venait d'être frappé avait en quelque sorte bouleversée et plongée dans une extrême affliction. Quelque sensible qu'il fût, moralement et intellectuellement, à l'état de sa femme et à son propre état, il était absolument impossible au malade de témoigner cette sensibilité par aucune parole, et la main droite ne pouvait la témoigner par écrit.

« Cette paralysie du mouvement du côté droit du corps disparut graduellement, et le malade alors pût écrire un certain nombre de mots, entre autres actes de cette espèce, sa signature. En même temps il pouvait prononcer, plus ou moins péniblement, quelques mots isolés, mais non les associer, les combiner, les *syntaxer*, en quelque sorte, soit en discours, soit même en simples phrases.

« Son intelligence et son caractère avaient d'ailleurs conservé leur intégrité. Il connaissait les personnes, les choses, les lieux, les temps, les affaires, les intérêts de toute espèce, et conservait ses affections accou-

tumées. Il continuait à se livrer aux jeux de cartes, dont il avait l'habitude. Il avait aussi conservé la faculté de la musique, du calcul, de la lecture, pourvu bien entendu qu'il ne s'agit pas de prononcer les paroles des airs chantés, des calculs opérés, des lectures faites...

« Voici quelle était la situation psychophysiologique do M. X... le 28 décembre dernier. L'expression de sa physionomie, l'attitude générale de sa personne, étaient celles d'un homme jouissant de la plénitude de ses facultés intellectuelles et morales. Le jeune avocat comprenait à merveille notre conversation, mais il ne pouvait y prendre part que par quelques mots, le plus souvent monosyllabiques, sans suite réglée, sans ordre, et plus ou moins laborieusement articulés. Je lui fis lire mentalement quelques passages d'un journal, écrire quelques mots, signer son nom, ce qu'il exécuta de la manière la plus satisfaisante, avec aisance même, surtout sa signature. Enfin la voix et tous ses sons inarticulés, les mouvements de la langue, des lèvres, des joues étaient conservés.

« Ainsi ce n'était pas la *volonté de parler* qui manquait; le malade, au contraire, en avait une extrême envie, *et il était avocat*; les idées et les sentiments ne faisaient aucunement défaut; les mots eux-mêmes n'étaient pas *oubliés*, *absents*, *incompris*, puisque le malade continuait à prendre part *mentalement* à la conversation, qu'il pouvait *lire* par la pensée, comprendre les mots *écrits* ou *imprimés* et en écrire lui-même quelques-uns, son nom propre en particulier; les divers organes extérieurs, par le concours desquels les sons vocaux sont *produits* et *articulés*, étaient également dans leurs conditions normales, et il n'existait aucun signe d'une lésion quelconque dans les nerfs, au moyen desquels le cerveau exerce son influence sur les mouvements coordonnés nécessaires à cette articulation des sons vocaux qui constitue la *prononciation*.

« Il s'agit donc bien d'une aphasie produite par l'absence de la faculté de coordonner les mouvements nécessaires à la prononciation ou à la voix articulée. »

Ici M. Bouillaud rappelle ses vues, *datant d'un demi-siècle*, et bien connues de nos lecteurs, sur la perte des *mouvements coordonnés* nécessaires à l'*articulation* ou à la *prononciation des sons vocaux*, signes représentatifs des *mots*, comme ceux-ci sont les signes représentatifs de nos *idées* ou de nos *pensées* de toute espèce.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 18 et 25 janvier 1876; présidence de M. Chatin.

Sur la leucocytose dans la morve (voir p. 84). — M. Bouillaud demande la parole pour attirer seulement l'attention de l'Académie sur la question soulevée par M. Colin dans le mémoire qu'il a lu mardi dernier, des rapports de la leucocytose avec la morve. Il serait intéressant de savoir à quel point la morve peut provoquer une leucocytose. Mais il ne faudrait pas exagérer la valeur de ce signe. On soupçonne à peine, depuis les recherches de M. Chauveau (de Lyon), où il faut chercher le *contagium* de la morve. On ne sait pas du tout quel est en réalité le germe de cette maladie. Est-ce un virus ? Un ferment? On l'ignore.

M. Bouley. La communication de M. Colin permet d'espérer que l'on pourra porter le diagnostic *morve* dans des cas où l'on manquait de signes suffisants jusqu'ici. Or, ce qui fait la garantie exceptionnelle de la morve, c'est sa contagion. Reconnaître la maladie dès le début, ce serait être à même de prévenir cette contagion. La morve se distingue surtout par trois symptômes cardinaux: 1° chancre, 2° jetage, 3° glandage. Tant que ces trois signes ne se présentent pas réunis, l'animal est suspect; mais on n'ose pas encore le déclarer morveux.

La numération des globules du sang, comme la pratique M. Malassez, ou l'évaluation proportionnelle de ces globules, suivant la méthode de M. Colin, permettra peut-être de faire un pas de plus. Si l'examen du sang pouvait dans les cas douteux permettre d'affirmer sans hésitation l'existence de la morve, ce serait un grand avantage.

M. Gubler n'entend pas discuter le mémoire de M. Colin, qu'il n'a pas entendu; mais il craint qu'on ne s'exagère l'importance d'un phénomène très-fréquent. La leucocytose se présente dans un grand nombre de maladies chroniques. On pourrait dire que c'est un phénomène banal. Il est normal de la rencontrer dans toutes les maladies à suppurations multiples, à foyers disséminés.

M. Chauffard appuie les observations de M. Gubler. La leucocytose se présente dans toutes les suppurations. M. Brouardel a montré (voir p. 142) qu'à la suite de la variole, elle faisait prévoir la production de ces abcès multiples, presque sans réaction inflammatoire, qui se montrent souvent dans la convalescence de cette maladie. Il en doit être ainsi dans tous les cas de ce qu'on nomme *fièvre purulente* ou *résorption purulente* ; du reste, il est normal qu'après tout traumatisme la proportion des globules blancs s'accroisse.

M. Verneuil. La leucocytose a été étudiée, dans ces derniers temps, par un chirurgien anglais et par un chirurgien allemand. Ils l'ont rencontrée, en effet, dans un certain nombre de cas, presque dans toutes les circonstances dont a parlé M. Chauffard, et dans quelques autres. Mais elle n'a rien de constant. Ainsi, chez les blessés, chez ceux qui portent les brûlures les plus étendues, les suppurations les plus abondantes, de quelque nature qu'elles soient, la leucocytose peut manquer.

M. Chauffard. Toute suppuration est une leucocytose, puisque les globules blancs se forment d'abord dans le sang.

M. Raynal. Dans les expériences de M. Colin, on regrette de voir négliger un point très-important de la question. On n'y trouve pas indiqué comment les animaux étaient alimentés Or, les animaux mal nourris ont beaucoup plus de globules blancs dans le sang.

M. Colin commence par rechercher quel est l'état actuel de la question de la virulence, question sur laquelle M. Bouillaud a particulièrement appelé l'attention. Les expériences de M. Chauveau sur le principe virulent soit du vaccin, soit de la morve, ne lui semblent pas concluantes Il désapprouve la méthode dite *de diffusion*, qui consiste à superposer deux liquides de densités très-différentes, dans l'espoir que l'un cédera par *diffusion* une partie importante de ses principes à l'autre. Le vaccin, étant un liquide albumineux, ne peut céder à peu près rien à l'eau qui le surmonte. Le peu qui s'y mélange s'y altère bien vite. Mais cela ne prouve absolument rien sur la nature de l'élément contagieux. Lorsqu'on emploie la méthode des lavages, comme on l'a fait en ce qui touche la morve, les premières eaux de lavage transmettent la maladie ; les dernières sont inoffensives, parce qu'elles ne renferment plus rien que des éléments altérés. « En somme, dit M. Colin, ma conclusion sur ce premier point est celle-ci : la virulence des liquides animaux est indépendante de leurs éléments figurés, globules rouges, leucocytes, globulins, cellules épithéliales, noyaux de cellules ou granulations solides quelconques. Elle appartient aux liquides en masse, à toute leur substance, aux sérums, aux plasmas amorphes les plus purs. C'est ce dont je donnerai bientôt, je l'espère, une démonstration complète et irréfutable quand j'aurai réuni en faisceau mes expériences sur le charbon, la septicémie, la vaccine et la morve. »

Revenant ensuite à la question de la leucocytose, effleurée seulement dans son premier discours, M. Colin se propose de traiter successivement les trois questions suivantes :

1° Y a-t-il réellement plusieurs formes de leucocytose ou de leucocythémie ?

2° Quel est le point de départ de cet état ?

3° Enfin, la leucocytose de la morve est-elle une leucocytose spécifique?

Il rappelle d'abord jusqu'à quel point, dans ces derniers temps, les théories pathologiques ont subi la suprématie des théories physiologiques ou micrographiques. Aussitôt que les micrographes eurent indiqué dans la rate, le thymus, les parois intestinales et d'autres parties encore, des éléments analogues à ceux des ganglions lymphatiques, on se hâta de créer des leucocythémies spléniques, thymales et intestinales, etc. Au fond, on ne sait pas plus quel est le rôle de la rate en pathologie qu'en physiologie. Elle est gonflée dans la plupart des cas de leucocythémie : mais ce gonfle-

ment est-il la cause ou l'effet de l'état du sang? Il est peu probable qu'il en soit la cause et que la rate en cas pareil donne naissance au leucocytes en excès ; 1° les veines de la rate n'emportent pas plus de globules blancs que les autres parties de la veine-porte ; 2° les lymphatiques de la scissure splénique ne charrient pas une quantité de leucocytes supérieure à celle de la lymphe des autres organes ; 3° l'extirpation de la rate (si souvent pratiqué sur les animaux par M. Colin) ne modifie pas d'une manière sensible le rapport numérique qui existe entre les globules rouges et les globules blancs dans le système vasculaire. D'ailleurs, l'engorgement d'un organe sécrétant n'augmente pas la sécrétion, mais la diminue. Il en est ainsi pour les seins, le foie, etc. Il en serait ainsi pour la rate, si elle engendrait des leucocytes.

Quant à l'appareil glandulaire de l'intestin, aux glandes de Peyer, aux follicules solitaires de l'intestin, on n'a qu'à obtenir leurs produits sur l'animal vivant, ainsi que l'a fait M. Colin par une méthode non germanique, et on sera certain, comme lui, que ce sont des organes non pas lymphatiques, mais sécréteurs comme les autres glandes. Du reste, leur volume ne leur permettrait pas de produire à eux seuls une leucocythémie, comme on veut l'admettre aujourd'hui, à l'exemple des Allemands.

Il n'est pas plus vrai qu'il existe une leucocytose médullaire provenant de la moelle des os. Les remarquables changements d'aspect, de texture et de composition chimique que subit la moelle des os chez les animaux amaigris est un fait général qui se rattache au marasme, à la cachexie, et n'a rien à faire au mécanisme de la leucocytose. Il est regrettable de s'appuyer en médecine sur des données d'histologie dont on ignore le vrai sens et sur des interprétations physiologiques qui ne supportent pas l'examen, sur les matériaux mal triés de la mauvaise science allemande.

« Nous avons mieux que tout cela dit M. Colin : des faits exacts, des expériences en grand nombre sur les animaux, et des résultats qu'on paraît peu connaître, ce qui, enfin, nous donne le moyen de faire une leucémie plus claire, plus savante que la leucémie donnée par les travaux étrangers. »

C'est cet ensemble de documents nouveaux que M. Colin exposera prochainement.

Influence du rhumatisme sur les traumatismes (1).— M. Gosselin a été frappé de l'influence que les affections rhumatismales exercent sur les arthrites traumatiques : par exemple sur les arthrites survenues à la suite de fractures ayant leur siége au voisinage des articulations ou à la suite de luxations, etc. Tandis que, dans les cas ordinaires, ces arthrites ont une grande tendance à la guérison, sans ankylose, sans roideur ; chez les rhumatisants, au contraire, elles mettent une très-grande lenteur à se résoudre, et encore d'une façon incomplète.

M. Verneuil, comme M. Gosselin, a vu cette guérison rester le plus souvent incomplète, surtout si le blessé a passé l'âge de quarante ans. La thérapeutique de ces genres d'arthrites est très-difficile. L'immobilisation prolongée amène l'ankylose, les mouvements exécutés trop tôt provoquent les rechutes. M. Verneuil préfère encore l'immobilisation.

Il voudrait voir ses collègues élucider par leurs observations les points délicats de son travail.

M. Blot dit avoir eu l'occasion d'observer, chez des femmes placées dans les conditions traumatiques produites par l'accouchement, le retour de fièvres intermittentes ou de névralgies paludéennes qui semblaient disparues depuis quelques mois. Chez d'autres il a vu, après l'accouchement, des gonflements articulaires qu'on aurait pu prendre tout d'abord pour des manifestations de l'infection puerpérale et qui dépendaient de la diathèse rhumatismale mise en jeu par le traumatisme de l'accouchement.

M. Verneuil dit que les erreurs de diagnostic dans les cas analogues

---

(1) Le *Bulletin* reviendra prochainement sur cette importante question de thérapeutique chirurgicale, M. le professeur Verneuil ayant bien voulu nous promettre un travail sur ce sujet.

(*La rédaction.*)

aux cas cités par M. Blot ne sont point rares. Il est arrivé plusieurs fois à lui-même de croire à des accidents d'infection purulente chez des blessés qui présentaient des gonflements articulaires accompagnés de fièvres et de symptômes généraux graves.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 28 janvier 1876; présidence de M. Empis.

De la fréquence du tænia (voir p. 34 et 87.) — M. Vallin fait observer que la plus grande fréquence des tænias en France, depuis quelques années, est due, très-probablement, non-seulement à l'usage thérapeutique de la viande crue, mais aussi au mode actuel de cuisson des viandes rôties. Ayant entrepris un certain nombre d'expériences sur les températures des viandes rôties, telles qu'on les sert habituellement, il a vu que ces températures variaient, en général, entre 52 et 58 degrés. Mais il y a toujours certaines parties dont la température ne dépasse pas 48 ou même 46 degrés. Or cette température peut bien n'être pas suffisante pour tuer les œufs de tænias que peut contenir cette viande.

D'autre part, M. Vallin a fait manger des viandes trichinées, à diverses températures, à des lapins; or ces lapins devenaient toujours trichinés, quand la température de la viande était inférieure à 54 degrés.

Ce qui est vrai pour la trichine doit l'être également pour les œufs de tænias, et l'on peut conclure de ces faits et de ces expériences que le mode de cuisson des viandes n'est certainement pas sans influence sur la plus grande fréquence des tænias en France depuis quelques années.

Maladies régnantes. — M. Ernest Besnier lit son important rapport trimestriel et insiste plus particulièrement sur les avantages que l'on a tirés de l'isolement dans le service des varioleux.

Érythème desquamatif scarlatiniforme. — M. Féréol présente un malade, au sujet duquel il désire consulter ses collègues : c'est un jeune homme qui est atteint d'une dermatite exfoliatrice, qui présente des caractères tout particuliers. Il y a deux ans, après quelques phénomènes typhoïdes, il a été pris d'une éruption scarlatineuse, qui avait présenté des caractères insolites. Il guérit et resta quinze ou dix-huit mois sans rien présenter de particulier. L'année dernière, ces mêmes accidents apparurent de nouveau, mais cette fois sans avoir été précédés de fièvre. On constata de même, chez lui, une desquamation totale de tout le tégument.

Depuis cette époque (janvier 1875), ce pseudo-exanthème se reproduisit sept fois, et toujours dans les mêmes conditions, c'est-à-dire précédé d'un peu d'angine avec un mouvement fébrile très-léger ou même sans fièvre.

Enfin, dans ces derniers temps, ces poussées sont devenues, pour ainsi dire, incessantes. Cette desquamation, toujours totale, commence par les parties supérieures et finit par les pieds. L'état général reste bon, l'appétit est conservé. Les urines n'offrent rien de particulier.

M. Féréol demande à ses collègues leur opinion sur le diagnostic à porter et le traitement à instituer en pareil cas.

M. Blachez a observé un cas analogue, il y a longtemps. Aucun diagnostic précis n'avait pu être porté ; les uns firent rentrer cette affection dans la classe des eczémas ; les autres dans celle des pemphigus. Il s'agissait également d'un jeune homme qui, peu à peu, vit toute la surface de son corps devenir le siége d'une desquamation tellement abondante, que, près de son lit, tous les matins, on ne recueillait pas moins de 1 litre à 1 litre et demi de ces débris épithéliaux. Cette desquamation s'accompagnait de vives douleurs. Ce malade resta ainsi pendant six mois sans qu'aucun traitement pût modifier cet état. Des pansements avec le liniment oléo-calcaire parvenaient seuls à calmer les douleurs. Entre autres particularités,

chez ce malade, les ongles devenaient, par leur face interne, le siége d'une sécrétion telle qu'il se formait une sorte de coussin d'épithélium, qui séparait l'ongle de la peau sous-jacente. Le sens du goût était complétement aboli ; la langue était entièrement dépourvue de papilles ; l'état général restait bon ; on constatait seulement parfois un peu de fièvre. En 1870, ce malade fut atteint de furoncles et même d'anthrax d'une certaine gravité, et au mois de décembre dernier, une pneumonie l'emporta.

M. Blachez insiste sur ce point que, chez ce malade, l'éruption était continue et présentait seulement quelques exacerbations. Il fait observer, en outre, que cette affection se montra absolument rebelle à tout traitement.

M. Besnier fait remarquer qu'il existe entre le cas rapporté par M. Féréol et celui de M. Blachez cette grande différence que, chez le premier, il s'agit d'une affection aiguë, à rechutes, tandis que chez le second, il s'agit, au contraire, d'une affection essentiellement chronique.

Il fait observer, en outre, qu'on paraît avoir une certaine tendance à abuser du mot *dermatite* qui, dans le cas particulier de M. Féréol, ne répond pas à l'ensemble des phénomènes observés. Il croirait plutôt devoir désigner cette affection singulière sous le nom d'*érythème desquamatif scarlatiniforme*.

M. Vidal s'associe aux réserves de M. Besnier relativement à la trop grande extension donnée, en dermatologie, au mot *dermatite*. Il rappelle, en outre, qu'il a présenté l'année dernière un malade qui offrait une certaine analogie avec celui de M. Féréol. Ce malade a été complétement guéri.

M. Lailler ne connaît aucune médication qui puisse combattre ou prévenir cette affection. Dans les cas analogues qu'il lui a été donné d'observer, il s'est contenté de l'expectation. Toutefois, on peut obtenir quelques soulagements par l'application des corps gras.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 19 et 26 janvier 1876 ; présidence de M. Le Fort et Houel.

Trépanation à la suite d'une plaie du crâne par une arme à feu.— M. Perrin communique, de la part de M. Marvaud, professeur agrégé au Val-de-Grâce, actuellement à l'hôpital de Mascara, l'observation suivante :

Le 2 juillet 1874, un jeune homme, âgé de dix-huit ans, reçoit un coup de feu dans la région mastoïdienne gauche. Le projectile avait parcouru d'arrière en avant et de bas en haut, un trajet mesurant à peu près 8 centimètres, et détruit le lobule de l'oreille. Tout d'abord, il ne se manifesta aucun phénomène du côté du cerveau, et le blessé put faire à pied quelques kilomètres pour gagner sa demeure. Mais en rentrant chez lui, il tomba comme une masse inerte et resta dans le coma pendant quatre jours. C'est alors que se manifestèrent quelques secousses convulsives un peu plus marquées à gauche. L'ouïe n'était pas complétement insensible, et le malade ouvrait faiblement l'œil droit ; le bras, la jambe et la face devinrent complétement immobiles ; paralysie complète du moteur oculaire commun ; la pupille était dilatée. La déglutition et la projection de la langue en avant étaient impossibles, ce qui indiquait la paralysie des nerfs glosso-pharyngien et grand hypoglosse. L'anesthésie était complète, l'élévation de température et l'application de courants électriques ne déterminaient aucune douleur.

Tel était l'état du malade au moment où il fut transporté à l'hôpital de Mascara. M. Marvaud, constatant alors au fond de la plaie une simple fêlure sans enfoncement, fit de l'expectation pendant quelques jours. L'état cérébral s'améliorant un peu, il put constater une aphasie incomplète. Le blessé comprenait les questions qu'on lui adressait, mais n'avait à sa disposition pour y répondre que quelques lambeaux de phrase qui revenaient constamment, comme par exemple ces quelques mots : « Dix-huit

ans. » M. Marvaud, trouvaot dans cette symptomatologie des iudications très-uettes de trépanation, fit une application de la oouronne sur la portion écailleuse du temporal. Cette première intervention resta saos résultat, mais elle fut renouvelée le lendemain. Cetto fois la trépaoation avait été pratiquée à 1 centimètre en avant de la première et au-dessous de la fêluro; le pont osseux qui séparait les deux conronnes fut enlevé et le doigt, introduit entre la face interne du cräoe et la dure mère, fit recoonaître la présence d'esquilles qui furent retirées. — Instantanément les accideots paralytiques disparurent du côté des membres et du moteur oculaire commun; le lendemain l'hypoglosse et le glosso-pharyngien reprenaient leurs fonctions. L'aphasie disparaissait également au bout de quelques jours, et au 1er novembre, c'est-à-dire quatre mois après la blessure, le malade était complétemeot guéri.

M. Lucas-Championnière regrette que l'auteur n'ait pas indiqué d'une manière plus précise les points où il avait appliqué ses couroones. D'après les faits observés par M. Turner (d'Edimbourg), les phénomènes symptomatiques qui vieonent d'être décrits tiendraient, non pas à des lésions du temporal, mais bieu du pariétal.

Du pansement antiseptique de Lister. — M. Verneuil donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Saxtorf. — Le chirurgien de Copenhague rapporte dans son mémoire treize observations de résections pratiquées par lui et qui toutes, sauf une seule, oot été suivies de guérison. Elles se divisent ainsi : 4 résections de l'épaule, 4 de la hanche, 1 du coude, 2 du poignet et 2 du genou. L'auteur attribue ses nombreux succès à la méthode de pansement qu'il emploie et qui n'est autre que celle qui a été préconisée par M. Lister. Aussi, M. le rapporteur invite-t-il les chirurgiens français à instituer des expériences qui permettent de se rendre compte de la valeur exacte de cette méthode qui paraît donner à l'étranger de si merveilleux résultats.

La méthode de Lister, dit M. Boinet, a été expérimentéo en France par Demarquay, et ce chirurgien n'en a pas obtenu les avantages qu'il semblait en attendre.

Pour M. Després, ce serait au drainage qu'il faudrait attribuer tout le succès de la méthode.

M. Lucas-Championnière fait observer que si le pansement de Lister n'a pas réussi entre les mains de Demarquay, c'est que ce dernier ne l'employait pas exactement, et ne tenait pas compte de tous les détails donnés par l'auteur. Il a visité le service de Lister au Frederich's Hospital d'Edimbourg, et il tient de ce chirurgien que l'infection purulente, commune autrefois dans ses salles, en a complètement disparu. Quant au draioage, il fait partie intégrante de la méthode.

M. Le Fort trouve que l'acide phénique employé par Lister est un irritant pour les plaies; aujourd'hui, du reste, on teod à lui substituer l'acide salycilique. Le seul liquide antiseptique dont il fait usage dans son service est le camphre, et il s'en trouve très-bien.

La solution phéniquée, dit M. Lucas-Championnière, qu'on omploie le plus ordinairement, et qui est une solution au cinquantième, n'est nullement irritante pour les plaies; il n'est point nécessaire, du reste, que le contact soit immédiat.

Corps étranger des fosses nasales. — M. Tillaux rapporte le fait suivant :

Une femme de soixante-cinq ans entra dans mon service l'année dernière, pour un ozène qui durait depuis deux ans. Faisant l'exploration des fosses nasales avec un stylet, il sentit, au niveau du bord supérieur du vomer, une surface osseuse dénudée. Pensant alors qu'il avait affaire à une nécrose du vomer, il attendit qu'il se formât un séquestre, et prescrivit simplement des lavages antiseptiques. Quelques mois après, à la suite d'une novelle exploration, il retira un petit corps noirâtre ayaot l'aspect des calculs muraux de la vessie. La section fit reconnaître un noyau de cerise encroûté d'une couche calcaire de 1 millimètre et demi d'épaisseur.

Ce corps étranger avait détruit le vomer et était à cheval sur la cloison. Des faits semblables peuvent s'observer chez les enfants, mais sont rares chez les adultes; ils ne peuvent s'expliquer que par le mouvement spasmodique qui se produit quelquefois pendant la déglutition, et que l'on désigne sous le nom d'*avaler de travers*.

M. Paulet cite un de ses amis qui ne peut manger de pois sans en moucher un au bout de quelque temps.

Paralysie du nerf circonflexe dans la luxation de l'épaule. — M. Th. Anger rapporte l'histoire d'un individu entré dans son service pour une luxation de l'épaule et chez lequel la peau qui recouvre le deltoïde était complétement insensible. Ce malade ayant succombé à une affection pulmonaire, on put constater à l'autopsie une lésion du nerf circonflexe. M. Anger conclut de ce fait que, lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet ayant une contusion ou une luxation de l'épaule avec insensibilité de la région deltoïdienne, on est autorisé à diagnostiquer une lésion du nerf circonflexe.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 janvier 1876 ; présidence de M. Oulmont.

Du sulfate d'ésérine contre l'asthénopie consécutive aux maladies aiguës et contre la presbytie sénile. — M. Gubler emploie avec avantage contre les troubles de la vision consécutifs aux maladies aiguës et contre la presbytie due aux progrès de l'âge, le collyre au sulfate d'ésérine ; le collyre qu'il emploie est au cinq-centième et au deux-centième.

Du bromhydrate de quinine comparé au sulfate de quinine. — M. Gubler considère le bromhydrate de quinine comme supérieur au sulfate de quinine pour les raisons suivantes : sa solubilité plus grande, qui permet de l'administrer sans inconvénient par la voie hypodermique, tandis que toutes les solutions de sulfate de quinine proposées jusqu'ici sont plus ou moins caustiques; de plus, le bromhydrate au quinine serait plus sédatif du système nerveux et déterminerait une ivresse moins prononcée que le sulfate de quinine.

M. Gubler ajoute que la méthode hypodermique est de beaucoup la plus avantageuse pour l'introduction des sels de quinine, on évite ainsi les troubles de l'estomac qui accompagnent l'administration des sels de quinine par la bouche, et de plus on s'oppose par cette méthode aux modifications plus ou moins grandes que les liquides intestinaux font subir aux médicaments.

M. Mialhe croit que l'ivresse quinine doit être la même, si l'on a soin de ne pas se rapporter à la quantité de sel administré, mais bien à la dose de quinine pure qu'il contient. Les troubles de l'estomac seraient pour lui procurés non par la quinine, mais par la fièvre.

M. Delioux de Savignac croit à l'action constante des sels de quinine sur la muqueuse stomacale, et pense aussi que, grâce au brome que contient le bromhydrate de quinine, l'ivresse est moins grande avec le sel qu'avec le sulfate.

M. Dujardin-Beaumetz dit qu'il ne faut pas confondre le brome avec l'acide bromhydrique.

M. Gubler ajoute qu'il y a une erreur dans le mode d'appellation du bromhydrate de quinine, qui pourrait s'appeler aussi *bromure de quinine*, car on ne sait pas à quel état se trouve le brome dans cette combinaison.

M. Mialhe croit que le brome du bromhydrate de quinine doit passer dans le sang à l'état de bromure alcalin.

M. Gubler ne pense pas que les réactions chimiques se passent dans notre économie comme dans le laboratoire; le milieu organique change les

conditions du problème. Le bromhydrate de quinine agirait comme préparation totale et, de même que le chlorure de sodium n'a ni l'action du chlore ni celle de la soude et agit comme chlorure de sodium, de même le bromure de quinine agirait comme un composé fixe.

Elections. — M. le professeur Hirtz est nommé membre titulaire.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

De l'anesthésie par les injections intraveineuses de chloral et de l'action du chloral. — Les docteurs Tizzoni et Togliata examinent les questions suivantes :

1° Le chloral est-il un véritable anesthésique injecté dans les veines?

2° Est-ce un procédé anesthésique suivi ou non de graves dangers?

3° Quels sont ces dangers?

4° Quel est l'élément sur lequel agit le chloral?

Pour les résoudre, ils ont entrepris une série de recherches expérimentales. Ces recherches, faites dans l'école zooiatrique de Pise, ont démontré ce qui suit :

1° *Le chloral injecté dans les veines n'est pas un véritable anesthésique*, mais un puissant hypnotique. La sensibilité cutanée cesse seulement à des doses très-fortes.

2° *Ce procédé d'anesthésie est très-dangereux*: (*a*) parce qu'on n'en peut mesurer l'action, très-variable suivant les individus, ni arrêter les effets quand ils deviennent excessifs ; (*b*) parce qu'il donne lieu facilement à la phlébite ; (*c*) parce qu'on a besoin d'injecter dans l'appareil circulatoire une masse d'eau qui n'y est pas indifférente ; (*d*) parce qu'avec le liquide on peut encore injecter de l'air ; (*e*) parce que, à dose excessive et qu'on ne peut calculer d'avance, la mort survient par arrêt du cœur en diastole forcée. Le chloral est un poison primitif du cœur.

3° L'élément sur lequel agit le chloral est la fibre musculaire. C'est pourquoi cette action varie selon que le chloral arrive au contact avec la fibre musculaire, soit directement, soit seulement par l'intermédiaire de la circulation. Quand le chloral entre dans le torrent circulatoire par les injections sous-cutanées ou intraveineuses, soit par les voies digestives, il existe l'extensibilité des fibres musculaires du cœur, l'arrêtant ainsi dans la diastole, non passivement et par paralysie, mais activement dans le sens où l'entend Luciani. S'il est au contraire appliqué directement sur le cœur, il détermine la contraction des fibres musculaires, et le cœur reste en systole tétanique ; il en est de même pour les muscles volontaires et pour l'iris, qui devient myotique à un degré extrême. L'action du chloral s'exerce sur la fibre musculaire directement et non par l'intermédiaire du système nerveux, parce qu'elle a également lieu chez les animaux curarisés. L'action sur le système nerveux se montre après celle du cœur, et les phénomènes nerveux sont dus, suivant toute probabilité, aux troubles de la circulation consécutifs à l'altération fonctionnelle du cœur.

4° Il ne faut pas rechercher l'anesthésie au moyen des injections sous-cutanées de chloral : (*a*) parce qu'elles donnent lieu à des abcès gangréneux ; (*b*) parce que l'absorption se fait très-lentement, à cause du spasme musculaire au point injecté.

5°. Le meilleur moyen, comme antidote de l'action du chloral, est la douche froide sur la tête et sur l'épine dorsale ; les injections de strychnine, de quinine, d'atropine, de curare, employées dans ce but, sont nuisibles ; quant à mettre l'individu la tête en bas, c'est inutile.

Ces études sont assez importantes non parce qu'elles ont trait à la prétendue action anesthésique du chloral, parce qu'une telle question a déjà été amplement traitée et résolue par d'autres dans le même sens; mais parce qu'elles regardent le mode d'action du chloral. En effet, si l'influence du chloral sur les fibres musculaires des animaux curarisés venait à être confirmée, elle jetterait une grande lumière sur un point encore controversé de l'action physiologique de cette substance.

Ces résultats placent Tizzoni et Fogliata parmi les adversaires de M. Oré et des partisans des injections sous-cutanées et intraveineuses de chloral. (*Revista clinica de Bologna* 1875.)

Action du jaborandi sur la température du corps. — Tous les observateurs sont d'accord sur les effets de ce médicament sur la peau, les glandes salivaires et lacrymales, la muqueuse des bronches et celle des intestins; mais il n'en est pas de même en ce qui concerne les effets du jaborandi sur la température du corps. En effet, Ringer a constaté que, dans vingt observations faites sur des sujets de dix-huit ans, chaque fois la température a baissé pendant les sueurs, revenant ensuite normale, tandis que Robin, Rabuteau, Riegel, Ambrosoli ont toujours trouvé une élévation de la température pendant cette même période. Les résultats obtenus par le docteur Francis-V. Greene ont confirmé entièrement ceux de Robin et autres.

Le jaborandi fut administré dans 3 cas de rhumatisme syphilitique; — 1 cas de bronchite avec larmoiement (et orchite), — dans 4 cas de rhumatisme chronique; et dans chaque cas Greene observe une élévation de la température et du pouls pendant l'action du médicament; cette élévation diminua avec les effets du jaborandi, jusqu'à ce qu'elle eût atteint le chiffre observé avant son administration. Il y eut une exception : dans ce cas, où le malade était atteint de rhumatisme subaigu, il y eut une diminution de la température pendant les sueurs; mais il y eut en même temps une pâleur, des nausées, un hoquet très-marqués et qui persistèrent même après que les effets du médicament eurent cessé, tandis que la température était alors redevenue normale. Cet état syncopal explique suffisamment, d'après nous cet abaissement de la température.

La chute considérable de la température de 1 à 2 degrés notée par Robin, comme persistant pendant un ou deux jours après l'administration du médicament, n'a été observée dans aucun des cas de Greene. Comme règle générale, la température à la fin de l'action fut précisément la même que celle prise avant qu'on donnât le jaborandi, et dans les cas rares où elle baissa d'un ou deux dixièmes de degré, elle retourna avant le lendemain au point noté avant l'administration. (*Philadelphia Medical Times*, 30 octobre 1875, p. 49.)

De la valeur thérapeutique des vomitifs dans le croup. — Quand on consulte les travaux des auteurs, tant anciens que modernes, qui ont écrit sur la valeur thérapeutique des vomitifs dans le traitement du croup, on remarque que de tout temps, cette médication a été en honneur. Mais presque toujours elle a été employée concurremment avec d'autres moyens, et en particulier dans ces derniers temps avec le tubage de la glotte et la trachéotomie Enfin, presque tous les auteurs ont signalé son efficacité, surtout au début de la maladie.

Mais leurs opinions sont absolument divergentes, quand ils veulent expliquer le mode d'action des vomitifs. Les uns leur attribuent une action spécifique, d'autres veulent qu'ils agissent comme expectorants; pour d'autres enfin, ils ne réussissent qu'en provoquant les efforts du vomissement.

L'emploi du tartre stibié a été tantôt chaudement vanté, tantôt au contraire sévèrement condamné. Certains médecins ont préconisé les vomitifs administrés coup sur coup; d'autres, au contraire, considèrent ce mode d'emploi comme essentiellement nuisible. Dans cette étude critique, le docteur Fleischmann s'est proposé de déterminer la valeur réelle de cette médication.

Il cite d'abord l'opinion de Traube. Cet auteur rappelle que le vomissement est produit par la contraction des muscles abdominaux, qui vide l'estomac de son contenu. En même

temps la contraction des fibres musculaires longitudinales de l'œsophage ouvre le cardia. La cage thoracique consécutivement est resserrée dans son ensemble et l'air est expulsé avec force des voies qu'il parcourt normalement, comme cela se passe dans une violente quinte de toux. La toux, comme on le sait, est accompagnée également d'un resserrement du thorax. Mais, d'après Traube, pendant le vomissement, l'ouverture glottique se dilate, tandis qu'elle se ferme hermétiquement sous l'influence d'une violente quinte de toux. Le docteur Fleischmann s'inscrit en faux contre cette manière de voir. Il s'appuie sur le travail publié en 1873, à Kiel, par le docteur Lüttich et intitulé : *Mécanisme du vomissement*. L'auteur y démontre que le vomissement étant précédé d'une inspiration profonde, la pression est négative à ce moment dans la cage thoracique. Mais cette inspiration, en dilatant la poitrine, se joint à la contraction simultanée du diaphragme et des muscles abdominaux pour comprimer l'estomac. L'orifice cardiaque s'ouvre alors et l'estomac se vide de son contenu.

Il n'y a donc pas, ainsi que le pense Traube, d'expiration forcée avant le vomissement.

Le docteur Lüttich a démontré en outre que l'occlusion de la glotte est un fait constant pendant la durée de celui-ci.

L'acte de vomir n'exerce donc pas sur l'expectoration d'action directe. Elle la favorise indirectement en provoquant la toux par un mécanisme réflexe. En effet, les parcelles alimentaires, chassées de l'estomac, compriment, en passant, la portion du larynx située au-dessus des cordes vocales, rapprochées l'une de l'autre, et excitent le malade à tousser.

Traube attribue encore aux vomitifs le privilége de réveiller énergiquement les centres nerveux qui président à l'expiration. Mais cette assertion a été démentie par les travaux du docteur Grevé, qui a démontré que la respiration et le vomissement se trouvent sous la dépendance de centres nerveux identiques.

La véritable action des vomitifs consiste, d'après le docteur Fleischmann, dans la déplétion des vaisseaux périphériques. Mais cette influence est tout à fait passagère et n'a pas par conséquent une valeur thérapeutique bien considérable. Cette déplétion se produit, alors que, pendant l'inspiration, le sang des veines périphériques se précipite dans le cœur droit. On comprend facilement que les artères de la périphérie subissent de leur côté une dilatation consécutive.

Enfin, le docteur Fleischmann insiste avec raison sur l'importance des résultats cliniques, pour déterminer la valeur réelle des vomitifs dans le croup.

Or, sur trente-sept enfants, traités de 1863 à 1873, par les vomitifs seulement et non trachéotomisés, il ne compte que trois guérisons. Ces déplorables résultats prouvent surabondamment l'insuffisance de la médication vomitive dans le traitement du croup. (*Rev. méd.-chirurg. allem.*, juin 1875, p. 403.)

Des accidents qui peuvent compliquer la réduction des luxations traumatiques. — Connaître exactement les accidents qui peuvent survenir pendant les manœuvres de la réduction, tel est certainement le meilleur moyen de les éviter, ou au moins de prendre les précautions indispensables pour arriver à ce but. Ces accidents sont nombreux; quelques-uns, très-rares, sont des curiosités pathologiques, d'autres, au contraire, ont un intérêt clinique tout particulier; ce sont ces derniers sur lesquels l'auteur a principalement insisté.

M. Marchand divise ces accidents, suivant l'époque de leur apparition, en : 1° accidents locaux primitifs ; 2° accidents locaux consécutifs ; 3° les cas de mort subite, les syncopes, les hémiplégies sur lesquelles ont insisté la plupart des chirurgiens.

Ensuite, pour exposer avec méthode chacune de ces variétés, il les décrit suivant la nature et la profondeur des tissus atteints ; il s'occupe donc successivement à propos des accidents primitifs : des téguments, du tissu cellulaire ; des muscles et des tendons ; des vaisseaux, des nerfs, des os et enfin de l'arrachement complet des membres.

La classe des accidents consécutifs, comprend ainsi plusieurs variétés : les phlegmons et abcès superficiels, la suppuration du foyer de

la luxation, l'œdème persistant, et enfin la gangrène.

Enfin, pour terminer son travail, l'auteur étudie les divers accidents qui se sont montrés au niveau de chaque articulation en particulier, suivant leur ordre de fréquence et de gravité. (*Thèse d'agrég.* 1875.)

Du nombre des globules blancs du sang dans quelques maladies. — Le docteur Bonne emploie pour la numération des globules blancs le procédé préconisé par M. Hayem, (voir t. LXXXIX, p. 37). Il a fait ces recherches, guidé par M. le docteur Brouardel, dans un certain nombre de maladies, et a exposé les résultats sous forme de courbes graphiques.

Le nombre des globules blancs varie sous l'influence de causes diverses qui ne sont pas encore toutes connues.

Il semble résulter de toutes les observations de maladies avec formation de pus, qu'il existe une relation constante entre la production du liquide purulent et la présence d'un excès de globules blancs dans le sang. Un abcès se forme sans cause apparente ; on trouve, et quelquefois avant que la collection soit constatée, un nombre exagéré de leucocytes, cela tant que l'abcès n'est pas ouvert ; le pus vient-il à s'écouler, il y a de suite une diminution notable, quelquefois une disparition complète d'éléments blancs.

Un cas semblable est celui-ci : le sang d'un malade contient un excès de globules blancs; on applique un vésicatoire; la sérosité collectée, on ne trouve presque plus de leucocytes dans le sang. Dans ce cas comme dans le précédent, l'enchaînement des faits semble naturel : les globules blancs, préalablement formés, se sont écoulés sous forme de pus.

Mais voici un autre fait : un malade n'a pas de leucocytes : on lui pose un séton ou un vésicatoire, il subit une opération, il y a formation d'une plaie, de quelque nature qu'elle soit ; la suppuration s'établit et à partir de ce moment on trouve des globules blancs en plus ou moins grande quantité; la plaie sèche, il n'y a plus de leucocytes dans le sang.

Dans les maladies fébriles intenses, la période de leucocytose ne semble pas correspondre à l'excès de température, mais à la formation de pus dans l'organisme.

Dans la fièvre typhoïde, par exemple, l'augmentation des globules blancs se fait remarquer au début de la maladie et au commencement de la convalescence ; dans la pneumonie à la période d'hépatisation seulement.

Il y aurait, d'après quelques observateurs, une relation évidente entre l'éruption d'un groupe d'herpès et la quantité des globules blancs, ceux-ci diminuant dès que l'éruption s'est produite.

Les lochies qui suivent les couches, les pertes blanches dans des cas analogues, amènent la diminution des leucocytes. (*Thèse de Paris,* 20 décembre 1875, p. 446.)

De l'influence des maladies constitutionnelles sur la marche des lésions traumatiques. — Ce sujet a depuis longtemps été l'objet des recherches attentives de M. le professeur Verneuil, qui en a fait l'objet de plusieurs communications académiques et de fréquentes leçons, et qui a inspiré à quelques-uns de ses élèves des travaux de détail concernant plusieurs de ses parties : c'est ainsi que dans les thèses d'Eemnet, de Péronne, de Lioty, de Petit, se trouvent étudiés les rapports de la scrofule, de l'alcoolisme, du diabète, de la syphilis avec le traumatisme. C'est en s'appuyant sur ces travaux antérieurs, que M. Berger cherche à ébaucher un plan général de la question, plan du reste assez difficile à trouver et à suivre, car, ainsi que le fait remarquer l'auteur, les maladies constitutionnelles ne forment pas un groupe nosologique nettement circonscrit, et envisagé de même par tous les pathologistes; mais surtout elles ne forment point une classe qui puisse être définie par sa réaction à l'égard du traumatisme. C'est pour ces raisons que M. Berger, passant sous silence les définitions et les classifications des maladies constitutionnelles, adopte dans l'étude de leur influence sur les lésions traumatiques un groupement exclusivement en rapport avec cette influence, plus ou moins variée suivant les maladies. — Il distingue donc : 1° les diathèses, telles que la goutte, le rhumatisme,

la dartre, la scrofule, le cancer; 2° les intoxications, soit celles qui sont produites par l'action d'un virus (syphilis, charbon et morve), d'un miasme végétal (impaludisme), soit les intoxications proprement dites (intoxication alcoolique, mercurielle, etc.); 3° les cachexies, enfin, qui résultent de diverses maladies organiques, telles que la glycosurie, l'albuminurie, la leucomie, le scorbut, etc. — Chacune de ces maladies correspond à un chapitre où sont étudiés et appuyés sur des observations, les différents modes suivant lesquels chacune d'elles modifie le processus réparateur. En traitant ce point, l'auteur n'a pu se défendre d'aborder de temps à autre la question si intimement liée à celle qui l'occupe, de l'influence du traumatisme sur la marche des maladies constitutionnelles. Enfin, dans chacun de ces chapitres, il envisage les déductions thérapeutiques, qui peuvent découler de ces rapports réciproques de la maladie et de la lésion accidentelle. En résumé, le mémoire de M. Berger nous paraît surtout établir sur des preuves nouvelles le fait, déjà ancien, de la double influence des maladies constitutionnelles, sur l'évolution des lésions traumatiques. A une période en général peu avancée de l'affection générale, elles peuvent dévier le processus réparateur et transformer la lésion accidentelle en une lésion spécifique, mais ce cas est relativement rare. — Plus tard, la maladie constitutionnelle, comme les maladies organiques, conduit à une cachexie; l'influence de cette dernière sur le processus réparateur, est bien différente de la précédente; elle l'arrête, la supprime, lui substitue un travail de destruction plus ou moins étendu, et se traduit ainsi par la tendance à la suppuration, à la mortification, à la nécrobiose. De ces considérations, résulte le devoir le plus formel pour le chirurgien d'examiner les blessés ou les malades qui doivent subir une opération, au point de vue médical, de manière à s'assurer, non-seulement de l'existence des maladies constitutionnelles avec lesquelles ils auront à compter, mais de la période exacte à laquelle est arrivée leur évolution.

(*Thèse d'agrégation*, 1875.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Ovariotomie double avec hystérotomie complète pour un kyste ovarique multiloculaire bilatéral; mort. Vincenzo Ombroni, *Il Raccoglitore medico*, 10 et 20 janvier 1876, p. 7.

Galvanopuncture dans un anévrysme de l'artère fémoro-inguinale gauche; guérison (Dr William Macewen). *The Glascow Med. Journal*, janvier 1876, p. 232.

Chloroforme (Traitement efficace de l'hémoptysie par le), par M. Cook Weir, *Lancet*, janvier 1876, p. 88.

Opérations galvano-caustiques chez l'homme : ablation d'une grande partie de la lèvre inférieure à droite; ablation de tout le bord palpébral droit pour épithelioma; chez les lapins : deux trachéotomies, perforation du poumon; ponction de la vessie, deux amputations de cuisse. Dr Nucci Domenico, *Annali universali di medecina et chirurgia*, vol. 234, 1875, p. 393.

Influence du climat dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par le Docteur Théodore Williams, *British Med. Journ.*, janvier 1876.

Ponction aspiratrice d'une hernie étranglée. Réduction par G. Heilman. *Philadelphia Med. Times*, 8 janvier 1876, p. 171.

Action ecbolique de la quinine (de quelques nouveaux faits contraires à l');

leçons faites par le professeur Chiara et rédigées par Giuseppe Chiarleoni. *Gazette med. ital. Lombardia*, 15 et 22 janvier 1876, p. 21 et 31.

Oxalate de cerium (Etude chimique et thérapeutique sur l'), par Charles K. Mills, *Philadelphia Med. Times*, 25 décembre 1875, p. 148, et 8 janvier 1876, p. 171.

VARIÉTÉS

PRIX DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE POUR L'ANNÉE 1874-1875. — 1° *Prix Trémont*. Ce prix, de la valeur de 1 000 francs, a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

2° *Prix Barbier*. La somme de 2000 francs, provenant de ce prix, a été répartie, à titre d'encouragements, entre les personnes dont les noms suivent : M. Trouvé, fabricant d'appareils électriques (750 fr.); M. Faucher, fabricant d'appareils électriques (750 fr.) ; M. le docteur Latteux, aide de clinique (300 fr.); M. Bénic, fabricant de sondes, de bougies, etc. (200 fr.).

3° *Prix Chatauvillard*. M. le docteur Pinard, chef de clinique à l'hôpital des Cliniques, une somme de 1 500 francs à titre de récompense pour sa thèse inaugurale : Des vices de conformation du bassin étudiés au point de vue de la forme et des diamètres ; M. le docteur Barély, une somme de 1 500 francs à titre d'encouragement pour sa thèse ayant pour titre : L'adénopathie trachéo-bronchique en général, et en particulier dans la scrofule et la phthisie pulmonaire.

4° *Prix Corvisart*. La question proposée était : Des péritonites non puerpérales. La Faculté partage le prix de 400 francs, par portions égales, de la manière suivante : 1° une médaille de 200 francs à M. Monod (Frédéric), né à Marseille (Bouches-du-Rhône) le 27 janvier 1852, externe à la Pitié ; 2° une médaille de 200 francs à M. Gauché (Jean-Baptiste), né le 15 mars 1846, à Paris, externe à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Les prix *Lacaze* et *Montyon* n'ont pas été décernés.

Thèses récompensées. La Commission a distingué particulièrement 41 thèses qu'elle a partagées en trois classes, conformément à la liste ci-après :

1re *classe*. (Médailles d'argent.) Thèses dans lesquelles les auteurs ont mis en lumière un fait nouveau, un sujet original. MM. Couturier, De la glycosurie dans le cas d'obstruction totale ou partielle de la veine-porte; Exchaquet, D'un phénomène stéthoscopique propre à certaines formes d'hyperthrophie simple du cœur; Galippe, Étude toxicologique sur le cuivre et ses composés ; Homolle, Des scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne ; Verneau, Le bassin suivant les sexes et les races.

2e *classe*. (Médailles de bronze.) MM. Boucheron, Cordier, Duburgier, de la Bellière, Duchamp, François Frank, Fiaux, Glénard, Hearn, Hocquard, Lebeau, Magnier de la Source, Morice, Sevastopoulo, Viguier.

3e *classe*. (Mentions honorables.) MM. Appay, Barbier, Bourdon, Cadiat, Chevalet, de Cours, Dumas, Franceschini, Girardot, Goguel, Labarraque, Martin, Pasturaud, Percheron, Petit, Mohammed-Radouan, Sainte-Marie, Tridon, Vaffler, Weill.

COURS. — M. le docteur Martin-Damourette a commencé, place de l'Ecole de Médecine, 17, de nouveaux cours pour la préparation aux troisième et quatrième examens de doctorat, le jeudi 3 février, à une heure.

NÉCROLOGIE. — Le docteur BULARD, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Bordeaux. — Le docteur GAUSSAL, professeur honoraire de l'Ecole de médecine de Toulouse. — Le docteur PASSAQUAY, chirurgien en chef de l'hopital de Lons-le Saulnier. — Le docteur TRUDEAU, médecin major de 2e classe. — POIRIER, interne en pharmacie, qui a succombé aux suites d'une diphthérie contractée dans son service à l'hôpital des Enfants. — Le docteur ROBERT BROWN, dans le Cumbertaudshire. — Le professeur CEBALLOS Y GOMEZ, à Cadix. — Le professeur VON PITHA, à Vienne. — Le professeur VINCENZO PINALI, à Padoue.

L'administrateur gérant : DOIN.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Note sur le traitement des fractures du fémur ;

Par M. le docteur Créquy, ancien interne des hôpitaux.

Les fractures du fémur, soit qu'elles siégent dans le corps ou les extrémités, ont toujours présenté de sérieuses difficultés à leur consolidation régulière ; de là une multitude d'appareils imaginés pour arriver à conserver au membre fracturé sa longueur normale, résultat que beaucoup de chirurgiens considèrent comme entièrement illusoire et qui en a conduit un certain nombre parmi les plus distingués, M. Jobert (de Lamballe), par exemple, à les rejeter tous, pour se contenter de la position horizontale ; ce chirurgien ne considérait pas comme moyen d'extension les bandes qu'il plaçait, l'une sur le pied, l'autre dans l'aine, mais bien comme devant simplement indiquer au malade qu'il devait rester dans cette position. Quelle que soit la valeur chirurgicale de notre ancien maître, nous ne pouvons partager son avis à cet égard, et les résultats que nous avons pu observer dans son service sont loin de nous encourager à suivre sa pratique.

Mais quel appareil faut-il employer? Est-il nécessaire d'en inventer un nouveau? Nullement. Je vois déjà trop l'embarras du jeune chirurgien qui se trouve pour la première fois en face d'une fracture du fémur, accident en somme assez rare. Je prends d'abord pour exemple une fracture du corps du fémur. Aura-t-il recours à un appareil amovible ou inamovible? Parmi les appareils inamovibles, pour le cas particulier, l'appareil en plâtre, par suite de la rapidité avec laquelle il se solidifie et peut maintenir, du moins en apparence, les fragments dans la situation où on les a réduits, doit avoir la préférence sur tous les autres appareils du même genre. Cependant nous ne la lui donnons pas. S'il est appliqué au moment de la fracture, le gonflement va survenir, on imagine la perplexité du chirurgien surtout lorsqu'une distance de plusieurs lieues le sépare de son malade ; est-il appliqué après la période de gonflement, le malade, par l'effet du repos, maigrit, et les fragments cessent d'être maintenus ; d'un autre côté, la difficulté de se procurer du bon plâtre dans beaucoup de localités rendra toujours son emploi difficile à la campagne, et il ne faut

pas oublier que la confection d'un appareil inamovible exige pour le moins autant de dextérité que celle d'un appareil amovible, même des plus compliqués.

Du reste, je dois dire que plusieurs malades que j'ai vu traiter par ce procédé, et cela par des maîtres dont personne ne met en doute l'habileté ni le soin qu'ils apportent dans leur pratique, ont été loin de m'encourager ; non-seulement il existait un raccourcissement assez prononcé pour déterminer une notable claudication, mais encore les deux fragments formaient un angle suffisant pour diminuer considérablement la résistance de l'os.

Cette incurvation de la cuisse s'explique facilement quand on se rend compte de ce qui arrive, lorsque le membre amaigri dans l'appareil obéit facilement à la rétraction musculaire qui n'est plus combattue par aucune résistance. J'ai eu occasion d'examiner un assez grand nombre de membres fracturés traités par ces appareils, et d'après les résultats obtenus je pense qu'on ne s'écarterait pas de la vérité en formulant ce précepte : Toutes les fois qu'il existe une tendance au déplacement, tous les appareils inamovibles sont mauvais; il faut leur préférer les appareils amovibles et réserver les autres pour les fractures qui n'ont pas de tendance au déplacement, la fracture simple du péroné par exemple.

J'en reviens à notre sujet; à quel appareil aurons-nous recours pour une fracture du corps du fémur? Il y a une question préalable qui est jugée, c'est la position à donner au membre fracturé ; en France la question est résolue, la position horizontale est préférée ; nous rejetterons donc tous les appareils à double plan incliné. Pour maintenir la cuisse dans une position horizontale, il est un appareil qui jouit actuellement d'une grande vogue, c'est l'attelle américaine, qui après tout n'est que l'appareil d'Isnard légèrement modifié ; mais c'est un appareil spécial, et qui, n'agissant que par traction sur les deux fragments, ne peut les assujettir suffisamment ; pour ces raisons nous préférons l'appareil de Desault modifié comme nous allons le dire. Nous ne pouvons partager l'opinion des chirurgiens qui prétendent qu'on ne peut jamais combattre la rétraction musculaire ; il arrive de deux choses l'une, disent-ils : ou l'extension est assez puissante pour annihiler la contraction musculaire, et alors elle détermine sur les tissus une pression qu'ils ne peuvent supporter ; ou elle est supportable et n'a plus d'effet. Ceci pouvait en effet être vrai dans l'appareil de Desault, qui employait des bandes ordinaires; bientôt elles se re-

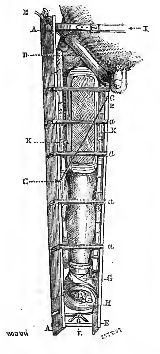
lâchaient et ne produisaient plus d'effet; on chercha à y remédier en pratiquant l'extension au moyen de poids exerçant une traction continue sur le pied et en faisant la contre-extension au moyen d'une bande passée dans l'aine et fixée au chevet du lit, dont le malade se trouve alors tributaire, et cela dans une position fort incommode. En remplaçant les bandes ordinaires par des bandes de caoutchouc, on a une extension permanente qui n'a rien de brutal comme les vis, les poids et autres moyens semblables ; si le malade fait quelque effort pour se mouvoir, les bandes cèdent légèrement sans se relâcher entièrement et le malade n'éprouve aucune secousse désagréable ; quant à la pression exercée sur les tissus, on l'évite facilement en revêtant le membre d'épaisses couches de ouate ; il est même remarquable de voir comme ce moyen si simple permet d'exercer une forte traction ; d'ailleurs, quand on a vu M. Guérin serrer à tour de bras un moignon enveloppé d'ouate sans qu'il en résulte aucun accident, on se rend facilement compte de la pression qu'on peut exercer sur un membre sain; mais ce n'est pas une couche d'ouate qu'il faut employer, c'est trois ou quatre.

Voici donc deux petites modifications à l'appareil de Desault qui le rendent beaucoup plus efficace ; il en est d'autres qui ont aussi leur valeur ; pour les faire mieux comprendre, je vais décrire l'appareil tel que nous l'employons en me servant du dessin ci-contre que nous devons à l'obligeance du docteur Lagoguet.

La cuisse est recouverte de bandelettes séparées qu'on peut imprégner d'un liquide résolutif.

Les deux attelles externe AA et interne BB, pourvues de deux mortaises, sont maintenues dans un drap fanon et toutes deux dépassent la plante du pied d'environ 15 centimètres ; elles sont séparées par une barrette transversale destinée à empêcher les attelles de comprimer la jambe et par conséquent d'annihiler l'extension. Celle-ci est faite au moyen d'une bande de caoutchouc G qui est fixée en 8 de chiffre sur le pied et nouée entre les deux attelles, après avoir passé dans les mortaises; il est bien entendu qu'on aura préalablement enveloppé le pied d'une triple couche de ouate. L'attelle externe dépasse en haut le niveau de la crête iliaque et présente deux mortaises parallèles destinées à recevoir une ceinture élastique à boucles I faisant fonction de bandage de corps et dont l'usage est d'agir plus efficacement sur le fragment supérieur; cette même attelle est en outre percée à son

extrémité d'un trou qui reçoit le lien contre-extenseur placé dans le pli de l'aine. Celui-ci consiste en un tube de caoutchouc E passant à travers un sac de son D. Ce coussin de son permet d'exercer une pression assez forte sans déterminer d'excoriation, et c'est à son usage que je dois d'avoir pu substituer le caoutchouc aux bandes de toile qui évidemment ne peuvent remplir la même indication, puisqu'en se relâchant elles cessent de produire aucune



action. Le caoutchouc perd aussi une partie de sa résistance, mais cela n'arrive que quand les muscles sont déjà épuisés et dans l'impossibilité de causer une rétraction nuisible. L'attelle antérieure F s'arrête au genou et repose comme les autres sur un coussin d'ouate ou de balle d'avoine. A la partie supérieure de l'attelle interne est fixé un lacs qui descend obliquement se fixer à la partie inférieure de l'attelle externe ; il est destiné à empêcher l'attelle interne de venir exercer une pression douloureuse dans le pli génito-crural et permet ainsi d'exercer une extension

parallèle à la jambe en dedans et en dehors. *a a a a* sont des liens bouclés et élastiques destinés à maintenir l'appareil. Lorsque le sujet est très-jeune, du son semé en grande quantité entre les jambes reçoit les urines ainsi que les matières fécales et empêche les excoriations. Chez l'adulte et le vieillard un large coussin de son remplit le même office et a l'avantage de se trouver plus facilement qu'un matelas d'eau.

Une espèce de hamac percé d'un trou au centre, et dont l'écartement est maintenu par deux traverses arquées qui passent au-dessus du malade, attaché à ses extrémités par une mouffle fixée au-dessus du lit, permet au malade de se soulever lui-même pour donner la facilité de renouveler son lit et lui permettre aussi d'autres exigences.

J'ai eu l'occasion d'appliquer l'appareil que je viens de décrire un assez grand nombre de fois ; chez l'adulte il est facile de n'avoir qu'un raccourcissement de 1 à 2 centimètres, ce qui permet la marche sans claudication ; chez un enfant de deux ans et demi, traité il y a huit mois, il est absolument impossible de dire de quel côté a eu lieu la fracture.

Ce n'est pas seulement dans la fracture du fémur qu'il peut être employé, il rend les mêmes services dans les fractures du col ; plusieurs de mes confrères ont pu voir une femme âgée de soixante ans atteinte d'une fracture du col du fémur, guérie avec un raccourcissement insignifiant.

Plusieurs fois je l'ai appliqué avec succès dans les fractures de jambe avec tendance au chevauchement et à la saillie en avant du fragment supérieur. Il est évident que la pointe employée par Malgaigne ne peut ramener les fragments dans leur position normale qu'autant qu'il n'y a pas de chevauchement. Mais si on exerce une traction permanente, même légère, sur les deux extrémités du membre fracturé, la contraction musculaire cède, le chevauchement disparaît et la plus légère pression ramène le fragment supérieur dans sa position normale. L'appareil de Desault ainsi modifié peut donc trouver son emploi dans la fracture du corps du fémur, du col du même os, et dans les fractures de jambe avec tendance au déplacement. Comme il peut se confectionner en tous lieux, qu'il est connu de tous les médecins, et que, bien appliqué, il donne les résultats que je viens de signaler, on peut dire que, s'il n'est pas supérieur à une foule d'autres ap-

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilose pharyngo-nasale (1);

Par M. Charles MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi.

VII

Quant au traitement local, je vous ai dit plusieurs fois avec quelle réserve il y fallait recourir. Un travail d'irritation locale provoqué intempestivement peut hâter la fonte de l'hyperplasie loin de favoriser sa résolution. Aussi abstenez-vous de toucher aux gommes, aux tubercules du voile du palais, de l'isthme du pharynx, etc., etc., quand vous voyez qu'ils sont encore dans la période formative.

S'il s'agit de productions gommeuses déjà ulcérées ou d'ulcérations primitivement phagédéniques, on peut chercher à modifier leur vitalité, à favoriser leur cicatrisation, en les cautérisant soit avec le nitrate d'argent, soit avec la teinture d'iode. Il y a beaucoup d'autres agents plus actifs qu'on a préconisés. Défiez-vous de ceux qui sont trop caustiques. Je me contente de la teinture d'iode et j'ai rarement besoin de recourir au nitrate d'argent.

Tout ce que je viens de vous dire s'applique surtout aux pharyngopathies syphilitiques tertiaires. La syphilose nasale exige le même traitement interne, mais son traitement local est plus compliqué.

Lorsqu'il y a de l'ozène et des sécrétions mucoso-purulentes fétides très-abondantes, il faut faire pratiquer des injections ou *douches nasales*. Cette petite opération est assez facile. On a recours au procédé qu'a inventé Weber et qui est connu sous le nom de *douche naso-pharyngienne* (2).

Vous connaissez le principe sur lequel il repose : quand on in-

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

(2) Voir, au sujet des douches naso-pharyngiennes : *Muller's Archiv*, 1847, p. 35 et suiv. *De l'influence du refroidissement et de l'échauffement des nerfs sur leur pouvoir conducteur*, par Ernest-Henri Weber. — *The Lancet*, 1864, qui contient un article important du docteur Thudichum sur les douches naso-pharyngiennes. — *Note sur une nouvelle méthode d'injections*

jecte un liquide dans le nez, de façon à remplir complétement la fosse nasale sur laquelle on opère, ce liquide ne tombe point dans le pharynx ; il revient par la narine du côté opposé, après avoir contourné le bord postérieur de la cloison. Savez-vous pourquoi? C'est que le voile du palais, par un mouvement instinctif et réflexe, se relève et s'applique hermétiquement sur la paroi postérieure du pharynx, de manière à former un diaphragme parfait.

Le malade doit avoir la tête fortement penchée en avant, respirer la bouche ouverte et éviter tout mouvement de déglutition. Il faut que la canule de la seringue soit assez volumineuse pour obturer complétement la narine dans laquelle on l'introduit. On opère alternativement sur l'une et l'autre narine pour produire des courants en sens inverse et obtenir un lavage plus complet.

VIII

Les liquides dont on se sert varient beaucoup. L'un des meilleurs est l'eau tiède légèrement salée (10 grammes de sel commun pour 1 litre d'eau). Une douche avec cette solution suffit quelquefois pour faire disparaître la mauvaise odeur; mais presque toujours il faut la répéter quatre ou cinq fois par jour.

Parmi les liquides désinfectants, je vous recommande ceux au permanganate de potasse, à l'acide phénique et à la liqueur de Labarraque. Comme véhicule, prenez toujours 1 litre d'eau tiède auquel vous ajouterez soit deux cuillerées à bouche de la solution suivante :

Pr.: Permanganate de potasse	10	grammes.
Eau.	100	—

soit 1 gramme d'acide phénique, soit 5 à 10 grammes de liqueur de Labarraque.

Comme véhicule des douches médicamenteuses, vous pourrez employer 1 litre de décoction de feuilles de noyer, de roses de

---

nasales et sur ses applications au traitement de l'ozène, par M. Maisonneuve, *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVI, p. 32.—Gailleton, *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 août 1867.—*Irrigation naso-pharyngée, nouvelles recherches, applications des eaux du Mont-Dore, appareil*, par le docteur Alvin. — Tillot (Emile), *Rhinite chronique, Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1875, nº 2.

Provins, de quinquina, de ratanbia ou autres substances astringentes ; et vous y ferez dissoudre de faibles quantités de sulfate de zinc (50 à 80 centigrammes), d'alun (50 à 80 centigrammes), d'acétate de plomb (1 gramme), de chlorate de potasse (5 à 10 grammes). Guersant faisait faire des injections avec 500 grammes de lait auxquels on ajoutait deux ou trois cuillerées à bouche de liqueur de van Swieten.

IX

Je cherche à agir aussi sur la muqueuse nasale par un procédé plus facile encore, en faisant renifler plusieurs fois par jour des poudres à priser médicamenteuses. Je n'ai pas besoin de m'étendre sur le *modus faciendi ;* qu'il me suffise de vous donner quelques formules. La poudre qu'on emploie comme véhicule est, soit du sucre, soit du talc de Venise. Le sucre est préférable dans les formes sèches et le talc dans les formes humides de l'ozène. Quant à la poudre active, on peut choisir, suivant les cas, entre le calomel, le précipité blanc, le chlorate de potasse, l'alun, le tannin, etc. Voici quelques formules :

Pr. : Sucre ou talc.	10gr,00
Calomel.	0 ,50
Sous-nitrate de bismuth.	5 ,00

Le sous-nitrate de bismuth est un excellent topique qu'on peut faire entrer dans la plupart des formules de ces poudres.

Pr. : Précipité rouge.	0gr,25
Sucre ou talc.	15 ,00

On associe l'alun et le tannin :

Pr. : Alun.	ãã	1gr,00
Tannin.		
Talc.		10 ,00
Sous-nitrate de bismuth.		5 ,00

Hédénus préconise les deux poudres suivantes :

Pr. : Calomel.		0gr,25
Poudre d'herbe de marjolaine.	ãã	4 ,00
— de racine d'asarum.		
Sucre en poudre.		

Pr. : Charbon animal.		4g,00
Poudre de quinquina.	āā	9,00
— de myrrhe.		
— de girofle.		0,50

Enfin, parmi les topiques plus actifs, je vous recommande le nitrate d'argent, lorsqu'il existe des fongosités et des ulcérations. Servez-vous du crayon, si cela est possible, ou bien d'une solution de ce sel (au cinquième, au dixième, etc.), dans de l'eau distillée ou de la glycérine, que vous appliquerez directement sur la partie malade à l'aide d'un pinceau. Voici la formule d'une pommade dont vous pourrez faire usage :

Pr. : Nitrate d'argent.	0g,50 ou 1 gramme.
Dissolvez dans 1 ou 2 grammes d'eau distillée et incorporez à	
Cold-cream.	20 grammes.

X

J'en ait dit assez, messieurs, pour vous faire comprendre le parti que vous pourrez tirer des topiques dans le traitement de la syphilose nasale. Vous remédierez à un de ses symptômes les plus fâcheux, l'ozène ; vous modifierez ou vous tarirez les sécrétions morbides ; vous hâterez la cicatrisation des ulcères ou favoriserez l'élimination des os nécrosés (1). Mais vous ne feriez ainsi que de la médication adjuvante. Là, comme dans les pharyngopathies, donnez toujours l'iodure de potassium de bonne heure et à forte dose.

Il ne me reste plus qu'à vous dire un mot sur le côté chirurgical du traitement. Je serai bref ; il ne m'appartient pas, en effet, d'entrer dans le détail des procédés opératoires, dont vous trouverez la description dans tous les traités de chirurgie.

Les pertes de substance du voile ou de la voûte produites par la syphilis n'affectent aucune régularité, de telle sorte qu'il est difficile de dire d'avance comment il faudra intervenir et même

(1) Voir un très-bon mémoire du docteur A. Cousin, publié dans le tome II du *Bulletin de Thérapeutique* de 1868, intitulé : *Etude sur l'ozène constitutionnel et les divers moyens thérapeutiques qui conviennent au traitement de cette affection.*

s'il sera possible d'intervenir. L'indication précise ne peut se formuler qu'après le résultat définitif du processus. Il faut attendre pour agir qu'il ait produit tout son effet, qu'il soit éteint et que ses désordres soient réparés. C'est un point de pratique trop évident pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

Mais il y a peut-être des personnes qui pourraient croire que la syphilis, en tant que diathèse, et indépendamment de ses déterminations locales, est une contre-indication aux opérations chirurgicales. Ce serait là une grande erreur.

J'ai souvent été frappé de la rapidité avec laquelle les plaies se guérissent et se cicatrisent chez les syphilitiques. Quand il n'y a pas état cachectique, la syphilis ne porte aucune atteinte à la plasticité réparatrice. Elle la favoriserait plutôt qu'elle ne l'amoindrirait.

Si donc, à la suite de la syphilose pharyngo-nasale, l'occasion se présente de pratiquer la staphyloraphie, ou de détruire des adhérences vicieuses pour en faire contracter de moins incorrectes et remédier tant bien que mal aux divers troubles fonctionnels consécutifs, eh bien, n'hésitez pas à porter l'instrument tranchant là où vous le jugerez nécessaire.

Quand il s'agit de la voûte palatine, il faut attendre, bien entendu, non-seulement que les bords de la fistule soient cicatrisés, mais aussi que les fragments d'os nécrosés aient été éliminés. Des divers procédés de palatoplastie, celui de Roux ne peut s'appliquer que dans les cas de perte de substance très-petite. Lorsque l'hiatus est considérable, il serait impraticable ou échouerait. On pourrait tenter celui de Kramer, mais en pareil cas il vaut peut-être mieux renoncer à toute opération et recourir à des pièces artificielles.

Aujourd'hui on les fabrique avec une telle perfection que la chirurgie réparatrice des lésions de la voûte et du voile du palais a évidemment perdu de son importance. En voyant les résultats merveilleux de la prothèse de cette région, on serait presque tenté d'affirmer qu'elle a dit son dernier mot.

XI

Il est quelquefois si difficile de diagnostiquer d'une manière précise la cause constitutionnelle de l'affection, qu'il est permis d'hésiter sur le choix de la médication.

Dans cet état d'incertitude, il faut recourir d'abord aux agents es plus spécifiques et les plus actifs, c'cst-à-dire à l'iodure de potassium et au mercure. S'ils échouent, on s'adressera à une autre médication. N'y a-t-il pas des cas où, d'après M. Williams, l'iodure de potassium réussit très-bien dans l'ulcère perforant du voile du palais, bien que cette lésion n'ait aucune teinte syphilitique, qu'elle soit *idiopathique* ou plutôt *scrofuleuse?*

M. Bazin conseille l'usage de ce médicament quand le diagnostic est douteux.

Les agents qu'on emploie contre la scrofule ne sont pas doués d'une aussi grande spécificité que le mercure et l'iodure de potassium dans la syphilis. Ils possèdent pourtant une efficacité incontestable, et c'est à eux qu'il faut avoir recours dans les déterminations graves pharyngo-nasales d'origine strumeuse.

Ce sont l'huile de foie de morue à très-hautes doses, l'iodure de fer, le quinquina, les toniques, une nourriture substantielle, le grand air, les bains sulfureux, les bains de mer, etc.

Le traitement local consistera en applications de teinture d'iode simple ou associée à l'opium, de teinture éthérée d'iodoforme, d'une solution de chlorure de zinc au centième ou au deux-centième, d'une solution au huitième et même au quart d'acide chromique. Ce dernier topique est admirablement supporté par les muqueuses de la bouche, du pharynx et même du larynx. Il exerce une action très-puissante sur les œdèmes de la glotte, en crispant fortement les membranes, et il éloigne ou évite la nécessité de la trachéotomie (1).

J'en ai fini, messieurs, avec les vues d'ensemble que je voulais vous donner sur le traitement des syphiloses pharyngo-nasales. Je laisse à votre perspicacité clinique, à l'expérience que vous avez acquise ou que vous acquerrez, le soin de pénétrer plus avant dans le détail des indications, d'en saisir les nuances, d'en démêler l'opportunité dans ce sens pratique qui implique tout à la fois, cependant, la décision et l'énergie persévérante dans l'emploi des agents thérapeutiques.

---

(1) Isambert, *loc. cit.*

Nouvelles observations sur le traitement curatif de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine (1);

Par M. le docteur Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière.

6e catégorie. — Les quatre autres observations sont des exemples de folie hystérique, guérie en trois jours, et de folie causée par l'hyperesthésie clitoridienne et vulvaire, de folie accompagnée de troubles viscéraux et ganglionnaires, et de folie hypochondriaque.

Il me paraît important d'insister sur ce dernier cas, parce que je considérais jusqu'ici la folie hypochondriaque rebelle à ce mode de traitement.

Obs. XXIX. — *Folie hystérique, avec hallucinations ; guérison en quatre jours, consécutivement à une action très-intense du chlorhydrate de morphine.* — Mlle X..., artiste, est confiée à mes soins.

Elle est depuis trois semaines dans un état de délire aigu, de nature hystérique, caractérisé par de l'érotisme, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, des actes désordonnés, un trouble absolu des idées.

Elle récite des prières, dit qu'elle a le pouvoir de ressusciter ; elle s'est fait une plaie à un doigt, elle dit que le sang répandu va se changer en un lit de roses. Elle crie, appelle à l'assassin, se met à genoux.

Pupilles égales, vue, ouïe normales. Reconnait bien le poivre à l'odorat. Pas d'ataxie, parole nette.

Pouls, 108.

Application d'un vésicatoire à la nuque.

31 juillet. — Le langage est aussi incohérent; elle parle bas. Mêmes hallucinations.

Injections cutanées de chlorhydrate de morphine, 2 centigrammes par jour en deux fois.

1er août. — Les injections produisent du sommeil.

2 août. — L'agitation est la même par moments.

Etat syncopal consécutif à une injection sous-cutanée de 1 centigramme et demi.

Des flagellations font revenir la malade. L'agitation ne s'est pas reproduite ; depuis, elle n'a plus d'hallucinations et a recouvré sa raison.

3 août. — Apparition du sang menstruel; pouls, 88; deux injections de 8 milligrammes par jour.

Bromure de potassium, 5 grammes par jour. Le calme continue, la raison est revenue. Même dose de morphine.

4 août. — Est tranquille, s'est habillée seule; appétit, somnolence après les injections.

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

Il n'existe plus d'hallucinations.

7 août. — Remercie les personnes qui l'ont soignée. Le caractère est exigeant. Mêmes doses.

10 août. — La nature de son caractère fait qu'elle se révolte de ne pouvoir faire toutes ses volontés, de trouver de la résistance à la satisfaction de ses caprices.

Deux doses de 10 milligrammes. L'état s'améliore un peu, et, sans qu'il y ait eu de nouvelles hallucinations, la guérison est définitive le 25 août.

Cessation du traitement le 20 septembre.

Obs. XXX. — *Folie névropathique, troubles de la sensibilité générale, hyperesthésie clitoridienne et vulvaire, incohérence d'actes ; guérison de la folie par les injections sous-cutanées de morphine, atténuation des névralgies.* — Mlle R..., âgée de vingt-neuf ans, est confiée à mes soins en septembre 1874.

Vers l'âge de quinze ans, cette malade a commencé à ressentir une douleur cuisante au-dessous du méat urinaire, des envies continuelles et souvent inutiles d'uriner, accompagnées de chaleur, cuisson et démangeaisons. En même temps elle ressentit des douleurs lombaires, de la boulimie, du ballonnement de ventre et de la céphalalgie.

Cet état devint si intense que Mlle R... cessa de pouvoir se remuer et marcher.

Le premier médecin appelé déclara que c'était une névralgie et ordonna un traitement tonique qui fut infructueux. D'autres médecins prescrivirent en vain de la belladone, de l'hydrothérapie, des bains froids. Le col de la vessie fut cautérisé inutilement avec du nitrate d'argent. Plus tard on électrisa la vessie.

En 1870, le docteur Mallet pratiqua plusieurs cautérisations dans le vagin avec de l'iode et du perchlorure de fer.

Le docteur Tarnier diagnostiqua une névralgie de l'urèthre, et conseilla de dilater le méat urinaire. La dilatation fut faite plusieurs fois avec un instrument après chloroformisation. Il fut introduit ensuite des bougies de belladone et d'alun dans l'urèthre.

Nélaton consulté diagnostiqua une névralgie qui finirait, a-t-il dit, par se passer.

Le docteur Péan consulté pratiqua des cautérisations au fer rouge, en février 1872, mais l'effet en a été funeste ; les douleurs ont augmenté, et il s'est développé un état de folie qui n'a pas cessé depuis.

Je la vis treize à quatorze mois après le début de la folie, qui est caractérisée par des actes impudiques consistant à se tenir sans interruption sur son lit, en chemise, ou les cuisses en l'air, les mains sur les parties génitales, qu'elle écarte et frotte ; à faire de ses mains des gestes singuliers, à parler de fils, de cordons.

La physionomie est égarée ; elle louche continuellement pendant qu'elle fait les mouvements de ses deux mains.

La peau est très-pâle, bouffie, les chairs flasques ; l'appétit est nul ; la malade ne mange presque pas ; constipation opiniâtre.

Pas d'analgésie ; pas d'altérations des sens, de la vue, de l'ouïe, de l'odorat ; parole nette. Aménorrhée depuis plus d'un an.

Elle s'est confiée à mes soins sans la moindre idée de curabilité possible.

Le traitement consiste, dès l'abord, en trois injections sous-cutanées par vingt-quatre heures, chacune de 2 milligrammes.

L'augmentation est faite par 6 milligrammes par jour.

Au bout d'un mois, la dose quotidienne a été de 18 milligrammes.

Au bout de trois mois, elle était de 60 centigrammes.

A cette dose, les douleurs ont diminué, ainsi que l'extravagance des actes. La malade a cessé d'être aussi impudique.

A plusieurs reprises, j'ai essayé, lorsque les douleurs vulvaires étaient très-intenses, de faire des injections sous-cutanées dans la vulve même, mais la douleur produite par l'injection a ôté le bon effet de l'injection morphinique.

Après cinq mois de traitement, à des doses de 60 à 70 centigrammes par jour, en trois fois, l'amélioration de la malade était évidente ; elle n'avait plus les allures d'une aliénée ; la physionomie était bonne et tranquille ; elle souffrait encore par moments, mais les injections morphiniques sous-cutanées amenaient un calme qui durait trois à quatre heures.

La dose a été continuée.

En mars 1875, l'amélioration a persisté ; la malade s'habille dès le matin, et s'occupe dans le ménage. Même dose.

5 avril. — Elle vient elle-même m'ouvrir la porte, elle a une tenue très-convenable ; elle est sortie deux fois hier de chez elle, ce qu'elle n'avait pas fait depuis vingt-deux mois.

Elle souffre encore un peu, mais elle n'est plus aliénée.

Elle a ses règles le 5 juin.

Obs. XXXI. — *Névralgies multiples : névralgie stomacale, boulimie, névralgie vésicale, état de mélancolie; guérison par les injections sous-cutanées de morphine.* — Mme C..., âgée de quarante-huit ans, est confiée à mes soins le 30 novembre 1874.

Elle est malade depuis neuf mois, n'est plus réglée depuis deux ans.

Les traits sont crispés; une expression profonde de malaise est empreinte sur la face, qui est pâle; respiration suspirieuse; sensation de vide à l'épigastre ; besoin continuel de manger; gaz stomachaux très-abondants; renvois incessants; besoins d'uriner excessivement fréquents ; pouls très-petit, serré.

La malade se tient courbée et relève sa robe en avant pour ne pas éprouver de poids sur l'épigastre ; douleurs lombo-sacrées.

Elle ne peut plus s'occuper d'aucun soin de sa maison, laisse tout en désordre, et passe son temps à manger.

L'intelligence, la parole sont saines, mais l'état de souffrance est tellement grand qu'elle arrive rapidement au dégoût de la vie. Elle laisse aller l'urine sous elle.

Elle a déjà eu trois accès de même forme après des accouchements ou dans d'autres circonstances. Ces accès ont toujours duré un an.

Février 1876. — La guérison de la folie s'est maintenue. Les injections sont faites régulièrement par elle-même, à la dose de 27 centigrammes par jour.

Les sens sont normaux; la peau est bouffie.

La guérison a été obtenue en deux mois par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine à la dose maximum de 40 centigrammes, donnés en quatre fois.

Obs. XXXII. — *Folie hypochondriaque, douleurs variées, hallucinations de l'ouïe et de la vue ; guérison par les injections sous-cutanées de morphine.* — La nommée Et..., vingt-six ans, cuisinière, est entrée dans mon service le 30 avril 1874.

Physionomie triste ; traits réguliers ; sens normaux, sauf qu'elle se plaint depuis quelques jours de ne pas voir bien clair de l'œil gauche ; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres ; la parole est douce, facile ; pas d'anesthésie ; pas de douleurs ovariennes. Température axillaire, 36°,4.

Elle a des hallucinations de la vue ; elle a vu cette nuit enlever des morts avec des bêtes, puis le diable dans une boîte, qui emportait une grande dame.

Se plaint d'être faible, se sent mourir, éprouve de la gêne dans le cou, qui est gonflé ; idées hypochondriaques.

L'enveloppement dans le drap mouillé ne modifie pas son état.

27 mai. — Je commence à la traiter par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, 6 milligrammes.

6 juin. — 64 milligrammes le matin, et 16 milligrammes le soir.

12 juin. — 96 milligrammes le matin.

Vomit et pleure beaucoup depuis plusieurs jours.

16 juin. — Commence à sortir un peu de la stupeur ; se plaint d'étouffements, de douleurs dans le cou. 18 milligrammes sont injectés au cou et 96 au bras, le matin.

20 juin. — Ecrit à ses parents une lettre dans laquelle elle leur annonce un prochain mariage imaginaire. 19 centigrammes le matin.

7 juillet. — 23 centigrammes le matin.

20 juillet. — A la suite de diarrhée, 13 centigrammes le matin.

23 août. — Elle se plaint toujours. 6 centigrammes et demi le soir, 19 centigrammes le matin.

31 août. — 19 centigrammes le matin, 6 centigrammes et demi le soir.

12 septembre. — Se plaint de rêves, de cauchemars. A engraissé notablement. 23 centigrammes le matin, 6 centigrammes et demi le soir.

23 septembre. — Travaille dans la journée et dort bien la nuit. 26 centigrammes le matin, 6 centigrammes et demi le soir.

6 octobre. — Dit avoir beaucoup souffert de la tête cette nuit. 19 centigrammes le matin, 8 centigrammes le soir.

26 octobre. — 13 centigrammes le matin, 10 centigrammes le soir.

11 novembre. — 9 centigrammes et demi le matin, 10 centigrammes le soir.

28 novembre. — 64 milligrammes le matin, 10 centigrammes le soir.

16 décembre. — Dit encore entendre du bruit dans la tête, et ce bruit a parfois l'apparence d'une voix de femme. 48 milligrammes le matin, au bras, et 3 milligrammes derrière l'oreille ; le soir, 10 centigrammes.

La dose reste à 48 milligrammes jusqu'au 28 janvier 1875, et à 41 milligrammes jusqu'au 1er mars ; le soir, 6 centigrammes et demi. N'a plus d'hallucinations.

1er mars. — 32 milligrammes le matin.

9 mars. — 16 milligrammes.

19 mars. — Cessation du traitement.

13 avril. — La malade m'explique qu'elle avait, dans le début, des crampes des bras, des jambes et des espèces de migraines avec *lourdeur de tête, abattement des idées, embarrassement de l'esprit* (*sic*). Elle se souvient de ses hallucinations, et reconnaît qu'elle a été bien malade de tête.

18 avril 1875. — Elle sort de mon service dans un état très-satisfaisant.

7e CATÉGORIE. — L'une des deux observations suivantes de folie puerpérale emprunte son intérêt à cette circonstance que l'aliénation était compliquée, dans le début, de délire de grandeur et de richesse et de fièvre; aussi, je n'ai employé la morphine qu'après avoir fait cesser l'état congestif et la fièvre. La succession de ces deux moyens de traitement a déterminé une guérison radicale.

OBS. XXXIII. — *Folie puerpérale, délire de grandeur, de richesse, avec fièvre, délire consécutif lypémaniaque avec pleurs incessants, flux de salive; traitement par vésicatoires, puis par la morphine; guérison* (fig. VII et VIII). — H..., vingt et un ans, est entrée dans mon service le 24 mai 1875, dans un état de manie aiguë puerpérale.

Accouchée le 2 mai 1875 sans accidents; elle nourrissait son enfant, lorsqu'elle dit tout à coup à son mari que son enfant n'avait pas besoin de manger; elle a cessé de donner le sein; au bout de deux jours elle s'est agitée, a parlé de bonheur futur, de richesses; « nous sommes riches, dit-elle, nous n'avons plus besoin de travailler; je rendrai tout le monde heureux. »

Pendant trois jours que son mari l'a gardée dans cet état, elle a eu beaucoup de sueurs.

A son entrée, agitation extrême, désordre des actes, des paroles, qui sont souvent ordurières; elle parle de sa beauté : « Moi qui suis la plus belle i... i..., c'est moi qui aurai de la qui... qui..., je m'appelle Belle-Rose. »

Pupilles égales, moyennes; odorat, vue, ouïe normaux; pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; un peu de lait dans les seins; pas d'œdème. Température axillaire, 38°,4.

Vu l'état de fièvre, je fais appliquer, pendant quarante-huit heures, un vésicatoire volant à l'occiput, préalablement rasé; extrait de seigle ergoté, 30 centigrammes. Température axillaire, 37°,2.

27 mai. — Température axillaire, 37°,4.

7 juin. — La fièvre ayant cessé, et le délire continuant aussi intense, je lui fais commencer le traitement par les injections sous-cutanées de morphine; dose initiale, 9 milligrammes. Cessation de la médication par l'ergotine.

10 juin. — A un peu dormi, même incohérence; refus de manger; alimentation avec la sonde œsophagienne.

5 juillet. — La dose n'est arrivée qu'à 6 centigrammes, à cause de l'in-



Fig. 7. — Folie puerpérale, délire de grandeur, de richesse (d'après une photographie prise par Noël).



Fig. 8. — Même malade, après quatre mois de traitement ayant amené la guérison.

suffisance de l'alimentation forcée, insuffisance qui force de ne pas porter haut les doses du médicament.

10 juillet. — Salivation très-abondante. Est maintenant calme ; elle pleure souvent, mange seule. Dose, 9 centigrammes.

22 juillet. — Ne salive plus, engraisse un peu. Dose, 18 centigrammes.

28 juillet. — A vu son mari, a été affectueuse, pleure toujours beaucoup.

4 août. — Dose, 26 centigrammes.

8 août. — Sommeil profond ; bon appétit ; s'occupe de travaux intérieurs. Elle reconnaît avoir été malade, dit qu'elle voyait des morts qui chantaient, se rappelle avoir été placée dans une cellule. Dose, 24 centigrammes.

8 septembre. — Va bien. Je lui laisse voir son enfant, elle le prend et l'embrasse comme une mère raisonnable. Dose 12 centigrammes.

15 septembre. — La physionomie exprime la santé (fig. 8). Elle se rappelle la date de son entrée, du début de sa maladie; elle me fait souvenir qu'elle a dit avoir sauvé la France, gagné des milliards ; elle se rappelle avoir dit qu'elle était la sainte Vierge; elle entendait la nuit les voix de son mari et de parents; elle me prenait pour son père ; elle me dit qu'elle ne sortira que lorsque je le jugerai convenable. La médication est abaissée à 6 centigrammes, puis suspendue le 30 septembre.

Sortie fin octobre. Je l'ai revue en janvier, bien portante.

En résumé, la folie puerpérale de cette malade se caractérisait par du délire de richesse, de grandeur, par de la fièvre, une salivation très-intense, et enfin par un délire lypémaniaque, des pleurs incessants.

Après qu'un vésicatoire, appliqué à l'occiput, eut supprimé l'élément fièvre, j'ai fait faire des injections sous-cutanées de morphine, qui ont amené la guérison en trois mois.

Obs. XXXIV. — *Folie puerpérale avec délire général et hallucinations; guérison par la morphine.* — La nommée Pon..., âgée de vingt-trois ans, journalière, est entrée dans mon service le 2 mars 1874.

La malade m'est amenée dans un état d'agitation très-grande, prononçant des paroles sans suite, et surtout des monosyllabes : « pape, évêque, cricri, satin, qui gouverne au nom de la loi, voûte, travaux, des gamins; je ris dans ma barbe pour le coup. » Puis elle imite le cri du coq.

L'examen des sens est très-difficile à faire ; elle paraît bien voir et entendre ; pupilles égales.

Pas d'ataxie de la langue ni des lèvres; parole facile; pas de goitre ; pas d'anesthésie ni hypéresthésie ; force musculaire normale ; souffle doux au premier temps et à la base ; dans les vaisseaux du cou, souffle continu, veineux. Température axillaire, 36°, 3.

Accouchée il y a quinze jours à la Maternité ; les seins sont encore pleins de lait.

Elle est sous l'influence d'hallucinations dont il est impossible de déterminer la nature.

5 mars. — Injection hypodermique de 32 milligrammes de chlorhydrate de morphine le matin, et de 16 milligrammes le soir.

7 mars. — 64 milligrammes. Elle est absorbée, s'endormie, dit entendre la voix de celui qui l'a coupée.

12 mars. — Calme; commence à travailler. 64 milligrammes.

16 mars. — 13 centigrammes en injection, et 13 centigrammes en pilules.

20 mars. — Diarrhée; 96 milligrammes. Elle ne veut pas prendre ses pilules; pleure beaucoup.

27 mars. — Très-excentrique, danse, saute, casse la vaisselle. 19 centigrammes et demi le matin. A vomi à diverses reprises.

3 avril. — 26 centigrammes.

6 avril. — Même dose. Hydrothérapie.

15 avril. — Moins désordonnée; somnolente; répond à quelques questions. 27 centigrammes et demi.

24 avril. — Tenue raisonnable. 26 centigrammes. Même dose jusqu'au 12 mai.

24 mai. — 28 centigrammes et demi. Très-émotive.

25 mai au 16 juin. — 26 centigrammes. L'amélioration persistant, la dose est progressivement abaissée.

26 juin. — 13 centigrammes.

15 juillet. — 64 milligrammes.

21 juillet. — 32 milligrammes.

4 août. — Cessation du traitement.

3 octobre suivant, elle sort tout à fait guérie.

8e CATÉGORIE. — L'observation suivante a trait à une femme âgée, aliénée depuis neuf ans, qui avait été envoyée dans mon service comme incurable. — Elle était de plus incohérente, chiffonnait, ramassait des cailloux, des feuilles dont elle s'affublait.

La morphine a été employée à doses élevées (75 centigrammes) et la malade a bien guéri.

OBS. XXXV. — *Manie chronique, incohérence, habitudes de chiffonnage; guérison par la morphine.* — La nommée Thop..., cinquante-cinq ans, est entrée dans mon service, à la suite de certificats portant qu'elle est atteinte de manie chronique, d'incohérence, d'idées de suicide, d'insomnie, d'érotisme.

Elle est malade depuis neuf ans et a été changée, à plusieurs reprises, de maisons d'aliénés à cause de ses exigences et de son caractère détestable.

Elle est grande, maigre; sa tenue est extravagante; elle ramasse des fleurs, des morceaux de bois, et s'en affuble son corsage, ses cheveux.

Elle danse, chante, rit sans raison.

Pas de lésions des sens; pas d'hallucinations.

Les doses de morphine ont dû être portées à 75 centigrammes (en deux injections sous-cutanées par jour) pour amener du calme.

La guérison a demandé un an; la malade est sortie après ce temps, reconnaissant bien qu'elle avait été aliénée.

En résumé, sans revenir ici sur le détail des *indications* de l'emploi de la morphine dans la folie lypémaniaque, dans la folie liée à l'hypéresthésie du système nerveux cérébro-spinal des sens et du grand sympathique, dans la folie par sthénie, et dans la folie hystérique névropathique, que j'ai exposées au commencement de ce mémoire et dans mon mémoire de l'année dernière (1), je dirai que les hallucinations peuvent être amendées ou guéries par le chlorhydrate de morphine seul, lorsqu'elles tiennent à un état anémique ou névropathique, ou par un traitement révulsif appliqué tout d'abord et ensuite par la médication morphinique, lorsqu'elles tiennent à un état de congestion passagère, dépendant lui-même de l'état névropathique.

Quant aux *contre-indications*, je vais les résumer rapidement : Les malades dont le délire n'est pas amélioré par l'usage de l'opium sont de deux catégories :

Dans la première, se rangent ceux chez lesquels le médicament produit des effets intenses, sans amender leur état. La non-efficacité du traitement morphinique tient alors le plus souvent à un état congestif permanent ou à un état inflammatoire. Dans les cas où ces lésions existent et où, par suite d'une erreur de diagnostic, on aurait employé la morphine, ce médicament détermine du collapsus, un abattement excessif qui contraste avec le bien-être et l'apparence de santé que produit la morphine, lorsqu'elle est employée d'une façon opportune.

Dans la deuxième catégorie sont compris les malades chez lesquels le médicament ne produit aucune action physiologique ni thérapeutique par suite d'une résistance inexpliquée, pour moi, jusqu'ici, au médicament. Ces cas sont principalement des vésanies chroniques, systématisées et héréditaires, compliquées d'un état cachectique que j'ai déjà décrit dans mon précédent mémoire.

La même résistance à l'action physiologique du médicament existe dans d'autres cas de folie sans qu'on puisse l'expliquer. Lorsque ces malades présentent un état cachectique, la contre-indication est absolue. Lorsqu'au contraire, ils ont conservé et lorsqu'ils gardent une santé florissante, on peut sans inconvénient pousser les doses jusqu'à une limite qu'il n'est pas possible de préciser. L'observation V en est un exemple.

---

(1) *Leçons cliniques sur les maladies mentales* professées à la Salpêtrière. Paris, 1876.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Le myrte et ses propriétés thérapeutiques;

Par le docteur Delioux de Savignac.

I. botanique.

Nous allons souvent chercher au loin des plantes dont les vertus sont plus ou moins équivoques et dont l'étrangeté est le principal mérite, lorsque nous en avons sous la main, qui, tout aussi dignes de fixer l'attention, sont susceptibles de rendre à la médecine les services les plus positifs.

Tel est le myrte, *myrtus communis*.

Cette espèce, type de la famille des myrtacées, l'une des plus riches en espèces médicinales, est, comme toutes les plantes de cette famille, pénétrée dans toutes ses parties d'huile essentielle; et, comme un grand nombre d'entre elles, elle contient du tannin. Or une plante qui renferme à la fois de l'huile essentielle et du tannin, ne peut manquer de constituer un médicament actif. Le myrte l'est donc à ce double titre : il l'est d'autant plus que, par la proportion et l'énergie de son essence, il rivalise avec n'importe quelle myrtacée, et que, sauf le giroflier, il les surpasse toutes par l'abondance de son principe tannique, Il n'avait d'égal, sous ce dernier rapport, que le grenadier. Mais celui-ci, dépourvu d'huile essentielle par une exception qui aurait été unique dans la famille des myrtacées, en a été détaché par les botanistes modernes, pour entrer dans la petite famille des *granatées*.

Le myrte, seul représentant en Europe de la famille des myrtacées, dont les autres espèces appartiennent aux régions situées entre les tropiques ou les avoisinant, n'y prospère que dans sa partie méridionale, particulièrement aux bords de la Méditerranée, en Espagne, en Provence, en Italie, en Grèce. On le dit originaire d'Afrique ; Pline signale celui d'Egypte comme le plus odorant. Sous le climat de Paris, il devient une plante de serre, incapable autrement de résister à nos hivers et bien moins chargée de principes actifs.

C'est un élégant arbrisseau, acquérant parfois les proportions d'un arbre, au feuillage touffu, persistant et odorant. Ses feuilles,

presque sessiles, sont petites, ovales-lancéolées, fermes, entières, lisses, de couleur vert brillant, un peu foncé ; elles sont ponctuées de taches translucides qui correspondent à des utricules remplis d'huile essentielle. Les fleurs sont blanches, pédonculées, solitaires dans l'aisselle des feuilles, composées d'un calice à cinq divisions, d'une corolle à cinq pétales et de nombreuses étamines. Le fruit est d'une petite baie globuleuse, bleue-noirâtre à sa maturité, devenant noire en se desséchant, couronnée par le limbe du calice, et contenant plusieurs semences réniformes, dures et blanches, en deux ou trois loges.

Deux variétés, le *grand* et le *petit myrte*, distinctes par les dimensions de leurs feuilles, ont les mêmes propriétés médicales.

II. COMPOSITION CHIMIQUE.

Feuilles, fleurs et fruits, tout est parfumé dans le myrte par l'huile essentielle.

En outre les feuilles, les baies et l'écorce contiennent un tannin très-énergique, qui précipite en noir les sels de fer. La proportion de ce tannin dans le myrte ne paraît pas avoir été rigoureusement déterminée par l'analyse ; cependant il faut qu'elle soit assez considérable ; car, en thérapeutique, le myrte produit des effets astringents très-marqués ; et dans l'industrie, il sert de temps immémorial au tannage des cuirs. C'est cette plante qui est employée à la préparation du maroquin du Levant. On l'a utilisée aussi pour la teinture en noir, pour la fabrication de l'encre ; en un mot, pour tous les usages auxquels peuvent servir les substances riches en tannin.

La saveur des feuilles est astringente, amère, aromatique, un peu piquante ; celle de l'écorce est plus astringente. La pulpe des baies a un goût légèrement sucré ; les semences ont un goût huileux d'abord, puis âpre.

L'*essence de myrte* s'obtient principalement par la distillation des feuilles. 50 kilogrammes de ces feuilles produisent environ 150 grammes d'essence, d'après Piesse. Elle possède le parfum caractéristique de la plante qui la fournit, mélangée néanmoins d'une senteur un peu térébinthacée. Elle est jaune-verdâtre, et, à la différence de la plupart des huiles essentielles, au lieu de foncer en couleur à l'air, elle devient plus pâle avec le temps. Il est possible que, par une rectification convenable, on puisse l'ob-

tenir incolore ; mais la quantité et l'intensité de la matière colorante verte que renferment les feuilles de myrte rendraient cette opération très-difficile. Enfin elle appartient vraisemblablement au groupe des essences oxygénées, mais son étude chimique reste complétement à faire.

L'essence de myrte est d'un prix peu élevé (35 francs le kilogramme) ; on l'aurait peut-être encore à meilleur marché, si on l'exploitait davantage.

Il existe en outre dans les baies de myrte une *huile grasse*, qui était utilisée par les anciens pour de nombreux usages médicaux (Pline, liv. XV, chap. VII, et liv. XXIII, chap. XLIV, LXXXIV). Des parcelles de cette huile, sous forme d'*yeux*, de *taches* de *gras*, surnagent l'infusion de baies de myrte.

On fabriquait en France, il n'y a pas encore très-longtemps, soit avec les fleurs, soit avec les feuilles de myrte, une eau distillée, qui portait le nom d'*eau d'ange*, et qui était employée par les femmes comme eau de toilette pour raffermir et parfumer la peau ; elle a eu aussi quelque emploi médical. Des deux sortes préparées, l'une avec les fleurs, l'autre avec les feuilles, la première était la plus estimée.

Pour l'usage médical, les feuilles et les baies me paraissent devoir être plutôt recherchées, comme plus actives que les fleurs, parce que, outre une plus forte proportion d'huile essentielle, elles contiennent du tannin. Toutefois, vu que le tannin semble être encore plus abondant dans l'écorce, celle-ci n'est pas à négliger, et mérite d'être réservée pour les préparations dans lesquelles on voudrait faire prédominer le principe astringent.

Je pense que, en sus de l'huile essentielle et du tannin, le myrte contient un principe amer et une ou plusieurs résines.

Le réactif de Bouchardat (solution d'iodure de potassium iodurée) ne produit aucun précipité dans les infusions concentrées de feuilles ou de baies de myrte ; il n'y existe donc pas d'alcaloïde.

La solution de protosulfate de fer détermine un précipité noir bleuâtre, abondant dans l'infusion de feuilles de myrte, moindre dans celle des baies.

III. FORMES PHARMACEUTIQUES.

J'ai employé particulièrement les feuilles du myrte, parce que ce sont les parties de la plante qui contiennent le plus

également l'huile essentielle et le tannin. Les deux préparations dont je fais le plus usage sont l'infusion et la poudre ; ce sont les premières qui m'ont servi pour expérimenter et constater les propriétés thérapeutiques du myrte. Les baies se prêtent d'ailleurs à ces deux mêmes préparations, mais mieux à l'infusion. Les feuilles et les baies se prêtent également à la préparation d'une teinture alcoolique.

On pourrait aussi préparer un alcoolat, une alcoolature, un extrait alcoolique. Autrefois on employait particulièrement pour l'extrait de myrte les baies, connues dans les officines sous le nom de *myrtilles*. L'utilité de ces préparations ou de leurs analogues pourra être reconnue plus tard, si l'usage du myrte se répand dans la pratique médicale ; mais, pour le moment, je m'en tiens aux formules suivantes :

1° *Infusion des feuilles:* 15 à 30 grammes de feuilles pour 1 litre d'eau bouillante, lorsque l'infusion est destinée à l'usage externe ; quoique, dans ces proportions, elle ne m'ait pas paru nuisible pour l'usage interne, elle a une saveur généralement trouvée peu agréable ; et il vaut mieux, en conséquence, la faire plus légère, lorsqu'elle doit être prise en boisson. On peut alors préparer un *thé de myrte*, avec une pincée de feuilles pour une tasse d'eau bouillante ;

2° *Infusion des baies* : 15 à 30 grammes de baies, tant pour l'intérieur que pour l'extérieur ; sa saveur douceâtre est mieux acceptée que celle de l'infusion des feuilles ;

3° *Poudre des feuilles :* passée au tamis, conservée en vase clos et en lieu sec ; je l'emploie pour l'intérieur à la dose de 1 à 2 grammes, laquelle peut être au moins doublée.

4° *Teinture* ou *alcoolé*, soit de feuilles, soit de baies, soit des deux réunies, dans les proportions adoptées par le Codex pour ce genre de préparation. On rendrait ces teintures alcooliques plus actives en y ajoutant une certaine quantité d'essence de myrte.

Avec cette essence, on peut préparer un *esprit de myrte* dans les proportions de 5 à 10 grammes d'essence pour 100 d'alcool. On pourrait aussi la mettre en *perles* ou en *capsules* ; en attendant que j'aie ces formes pharmaceutiques à ma disposition, j'incorpore quelques gouttes d'essence de myrte avec la poudre des feuilles, faisant ensuite avec ce mélange et un peu de miel ou de sirop pour excipient des bols ou des pilules.

L'écorce servira à des *décoctions*, et mieux à des infusions, si

l'on veut ménager une petite quantité d'essence qu'elle renferme aussi, dans les proportions de 30 à 60 grammes pour 100 d'eau.

L'infusion aqueuse de feuilles, de baies et d'écorce de myrte, dissout le tannin, accompagné de quelques molécules d'huile essentielle que décèle l'odeur de la préparation, ainsi que cela a lieu pour les infusions de tilleul, d'oranger, de menthe, etc. Les préparations alcooliques, et notamment les teintures, contiennent le tannin, l'huile essentielle, les principes résinoïdes ; elles sont par conséquent plus actives et ont leurs avantages pour certains cas particuliers.

IV. HISTORIQUE.

Méconnu et dédaigné par les thérapeutistes modernes, le myrte, très-répandu en Grèce et en Italie, avait été jugé par les médecins grecs et romains susceptible de remplir de nombreuses indications, ainsi qu'on peut le voir dans les œuvres de Dioscoride et de Pline. C'est même l'une des plantes auxquelles ce dernier auteur, dans son *Histoire naturelle*, accorde le plus d'attention ; et l'énumération qu'il fait de ses propriétés et de ses applications pourrait servir de programme aux expériences à instituer pour constater à nouveau la valeur thérapeutique des divers produits de ce végétal. Il n'est donc pas sans intérêt de rapporter succinctement ici ce que Pline en a dit.

Les anciens empruntaient tout à la fois au myrte un aromate, un condiment et un médicament. Leurs poëtes, épris du double charme de son port et de son parfum, l'avaient consacré à la déesse de Cythère et de Paphos ; d'abord emblème d'amour et de gaieté et censé aphrodisiaque et exhilarant, il passait bientôt du domaine de la fiction dans celui de la pratique, où des qualités plus sérieuses allaient lui être reconnues. Ainsi les baies servirent à faire un vin, nommé *myrtidanum*, que l'on prenait comme boisson, et que l'on utilisait aussi en médecine à titre de remède tonique astringent. Ce vin n'enivrait jamais, dit Pline, ce qui concorde avec une opinion récente, qui prête au tannin la propriété d'annuler les qualités ébriantes du vin. Les baies, appelées par les Latins *myrtilli*, et par suite dans les anciennes pharmacopées françaises *myrtilles*, furent employées aussi en guise d'épices dans un grand nombre de mets, avant la decouverte du poivre, et elles le sont encore comme telles, d'après Mérat et de Lens, en Toscane ; on les con-

sidérait comme stomachiques, et les Romains leur attribuaient en outre l'avantage de donner à l'haleine une odeur agréable persistante.

Les baies et les feuilles étaient usitées dans une foule de cas et sous différentes formes — huile, vin, onguents, décoctions, suc des baies, cendre des feuilles — tantôt à l'intérieur, tantôt à l'extérieur, contre les hémorrhagies, l'hémoptysie entre autres, la dysenterie, les sueurs fébriles, les ophthalmies, les maladies de peau, les ulcères, les brûlures, les affections utérines, c'est-à-dire là où il y avait à combattre des relâchements, des flux, des suppurations, où il y avait à obtenir des effets résolutifs et cicatrisants. Ajoutons que le myrte entrait dans beaucoup d'antidotes, et que ses préparations étaient opposées aux morsures des insectes venimeux (Pline, liv. XV et XXIII, *passim*); l'action antifermentescible de son essence justifie en partie ces appropriations.

Ainsi, on trouve dans l'antiquité la réputation du myrte parfaitement établie comme moyen tonique, astrictif, résolutif et cicatrisant. Au milieu du délaissement dans lequel il tomba peu à peu, on le revit de temps à autre apparaître dans la formule de certains remèdes astringents : *Oleum myrtillorum*, *oleum myrti* (avec les feuilles), *sirop de myrte composé de Mésué*, *sirop roborant de Charas*, *trochisques de Gordon*, *onguent styptique de Fernel*, *pilules astringentes de la Pharmacopée de Paris* (Geoffroy, *Matière médicale*, t. VIII). Il sert encore à quelques pratiques de l'empirisme populaire dans le midi de la France; mais nos traités actuels de matière médicale ne s'en occupent plus. Cazin, dans son *Traité des plantes médicinales indigènes*, ne lui consacre qu'un court article qui ne lui est guère favorable. On peut donc dire qu'il est complétement oublié, au moment où je tente en son honneur une réhabilitation, que justifiera, je l'espère, l'exposé des résultats avantageux que j'ai obtenus de son emploi, non-seulement dans les circonstances indiquées par nos prédécesseurs, mais encore en des cas nouveaux, où les données chimiques et physiologiques nous permettent aujourd'hui de faire une application rationnelle des plantes médicinales.

V. EMPLOI MÉDICAL.

C'est au traitement de la leucorrhée que j'ai fait la première application des préparations de myrte. On sait combien est fré-

quent cet accompagnement de la chlorose et des diverses lésions des organes génitaux chez la femme. Les occasions ne m'ont donc pas manqué de mettre à l'épreuve ce nouveau médicament, comparativement à ceux si nombreux qui ont été préconisés dans les mêmes circonstances. En principe, rien n'était plus rationnel que d'opposer aux catarrhes du vagin et de l'utérus un astringent aromatique ; en réalité, il a produit, dans la plupart des cas, les effets les plus satisfaisants ; et les injections vaginales à base de myrte sont devenues, dans ma pratique, les moyens de ce genre le plus communément employés. Je prescris donc, contre la leucorrhée, l'infusion de feuilles de myrte, à la dose ordinaire de 10 à 15 grammes de feuilles par litre d'eau, augmentant la dose de feuilles jusqu'à 20 et 30 grammes contre les flux leucorrhéiques excessifs et conseillant, selon mon habitude, pour toute injection ou irrigation vaginale, l'emploi de 3 ou 4 litres de liquide à chaque opération. J'ai employé les baies au même usage, mais les feuilles m'ont procuré de meilleurs résultats. Un bon appareil injecteur y aidant, condition indispensable pour la réussite des injections ou irrigations vaginales, l'infusion de feuilles de myrte réprime rapidement la leucorrhée vaginale, et modifie la leucorrhée utérine elle-même, qui d'ailleurs est trop rebelle pour céder à des moyens analogues et exige encore plus que la première un traitement complexe, externe et interne à la fois. Mais l'action astringente et anticatarrhale du myrte ne s'en manifeste pas moins dans ce dernier cas, et, en outre, la tonicité qu'il imprime aux parties remédie aux relâchements et aux prolapsus qui viennent si souvent compliquer les flux muqueux et purulents du vagin et de l'utérus.

On comprend que l'on ait beaucoup préconisé autrefois les préparations de myrte contre les prolapsus de la matrice et du rectum (Geoffroy), et de même pour raffermir les parties génitales après les accouchements laborieux (Ferrein, *Matière médicale*, t. III); je recommande donc, après en avoir moi-même apprécié les bons effets, les lotions d'infusion de myrte aux accoucheurs soucieux de tous les soins délicats que comportent les suites de couches.

L'infusion de feuilles de myrte plaît aux femmes par son parfum, par la rapidité des modifications heureuses qu'elle détermine, par le bien-être qu'elle procure aux organes soumis à son action. Non-seulement elle les débarrasse de l'incom-

modité pénible et dégoûtante causée par les fleurs blanches, mais elle calme, en outre, les douleurs qui les accompagnent parfois, surtout lorsque le catarrhe utérin y contribue, ainsi que l'irritation de la muqueuse vulvaire et de la peau circumvoisine offensées par les humeurs leucorrhéiques ; elle donne du ton et de la fraîcheur à toutes les parties qu'elle arrose ou qu'elle baigne. Aussi les injections à base de myrte, que j'emploie ordinairement froides ou tout au plus légèrement tiédies, sont-elles promptement préférées par les femmes aux autres moyens analogues, et elles en viennent ensuite à adopter l'eau de myrte pour les soins intimes de la toilette du corps.

On exagérerait certainement ma pensée, si l'on croyait que je veux faire du myrte une panacée de la leucorrhée. Je veux dire seulement que cette plante est l'une des plus utiles contre cette hypercrinie, qu'elle l'emporte même à cette égard sur beaucoup d'autres, et notamment sur le noyer, dont les feuilles, employées aujourd'hui d'une manière beaucoup trop banale contre les pertes blanches, sont incapables de produire des effets aussi satisfaisants. Les injections de feuilles ou de baies de myrte constituent, en outre, un moyen plus économique que celles de matico, de thé, de tannin et beaucoup d'autres qui, d'ailleurs, n'ont pas plus d'efficacité.

Pour éviter la peine de faire une infusion ou pour varier les préparations, on peut composer l'une de ces teintures que j'ai indiquées plus haut, et dont on ajouterait une, deux ou trois cuillerées par litre d'eau destinée à des injections, à des irrigations, à des lotions, soit dans les cas dont il s'agit, soit dans ceux, dont nous parlons plus loin, auxquels les préparations de myrte peuvent également convenir.

VI.

J'ai employé avec un remarquable succès la poudre de feuilles de myrte au traitement des granulations et des ulcérations du col utérin. Je fais avec de la ouate un tampon de 4 ou 5 centimètres de long, serré sur le milieu de sa longueur par un cordonnet dont les deux chefs, pendant hors de la vulve, servent ultérieurement à le retirer. Ce tampon représente ainsi une espèce de champignon dont la tête est mise en rapport avec l'utérus et dont le pied reste en contact avec les parties profondes du vagin. J'imbibe la tota-

lité du tampon de glycérine ; j'en saupoudre la tête de poudre de myrte ; puis, un spéculum plein ayant été préalablement introduit, je pose, à l'aide de pinces, le tampon sur le museau de tanche en l'y maintenant pendant le retrait du spéculum, et je le laisse en place jusqu'au lendemain. La femme alors le retire avec facilité et s'administre , pendant la journée, deux ou trois injections vaginales d'infusion de myrte. Le même pansement est répété tous les deux jours, tous les trois jours au moins, jusqu'à la guérison, qui, en général, ne se fait pas longtemps attendre.

Les tampons glycérinés, à eux seuls, modifient avantageusement les sécrétions pathologiques du vagin et suffisent même quelquefois à enrayer la leucorrhée vaginale lorsqu'elle est légère; néanmoins la poudre de myrte, de même que d'autres modificateurs, tannin, alun, borax, etc., leur donne plus d'efficacité. Mais la glycérine, introduite et maintenue ainsi dans le vagin, y produit un effet qui, à ma connaissance, n'a pas encore été signalé et qu'il me paraît intéressant de faire connaître. Le tampon glycériné provoque pendant plusieurs heures sur la muqueuse vaginale une exosmose de fluide séreux, souvent assez considérable, en s'écoulant au dehors, pour obliger la femme à se garnir. La poudre de myrte se délaye, se dissout en partie dans ce liquide et vient agir ainsi sur toute la surface du vagin. Il en est de même lorsque l'on emploie du tannin, de l'alun, dont les propriétés astringentes n'entravent pas plus que celles du myrte l'action exosmotique de la glycérine; mais lorsque cette action est épuisée, celle des astringents reparaît et semble ne s'en exercer qu'avec plus d'efficacité. (*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Du traitement des sueurs fétides des pieds par les solutions de chloral;

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Au mois de septembre dernier, étant à Saint-Gobain, un homme de trente ans me consulta pour des sueurs fétides aux pieds. C'est un homme fort, vigoureux, qui travaille dans la manufacture des glaces. Il me raconta que l'hiver de 1867, étant à

Paris, il y eut les pieds congelés; quelque temps après il avait commencé à avoir des sueurs abondantes aux pieds. Ces sueurs devinrent plus tard fétides, surtout l'été. Après trois ans, l'odeur qui s'y dégageait était si désagréable, qu'avant de se coucher avec sa femme, il devait prendre un bain de pieds et rentrer au lit ayant les pieds enveloppés dans une serviette. Depuis quelque temps l'odeur est si infecte, que, dans les ateliers, ses camarades ne voulaient pas être à côté de lui. Il était un sujet de répulsion de la part de tout le monde. Entrait-il dans une chambre, tout de suite on ouvrait les fenêtres. Il avait consulté plusieurs médecins, mais il n'avait jamais obtenu d'amélioration.

Examinant ses pieds, je constate que l'épiderme de la plante en était tout blanc, comme macéré ; au niveau des sillons, il y avait des petites exulcérations, on en observait de pareilles autour des ongles. L'odeur qui s'y dégageait était si infecte, que je ne pus pousser mon exploration plus loin, l'odeur resta quelque temps dans la chambre, on aurait dit que les meubles en étaient imprégnés.

Je lui conseillai de faire des lavages et d'envelopper ses pieds dans une compresse trempée dans une solution de chloral au centième.

Deux jours après il venait me voir, il était très-content, ses pieds ne sentaient plus ; il se déchaussa, il n'y avait plus d'odeur, je lui conseillai de continuer le traitement ; six jours après je le voyais de nouveau, et je constatai que les exulcérations étaient moins humides et se recouvraient d'une couche d'épiderme.

Je n'ai plus revu ce malade, il fut envoyé par la manufacture dans une autre localité; je ne crois pas qu'il soit guéri : pendant qu'il emploiera le chloral, ses pieds ne sentiront plus, mais dès qu'il en cessera l'usage, il verra reparaître son infirmité, car l'hydrate de chloral n'a agi que comme désinfectant.

D[r] Ortéga.

BIBLIOGRAPHIE

L'Anthropologie, par le docteur Paul Topinard, avec préface du professeur Paul Broca, in-12, 590 pages, Reinwald et C[e] ; Paris, 1876 (3[e] vol. de la Bibliothèque des sciences contemporaines).

L'anthropologie, qui fait l'objet de ce livre, le seul jusqu'ici en son genre, est une science éminemment française. Le premier essai de mensuration du crâne, au point de vue de ses différences avec les animaux, date de Daubenton, en 1764. La grande théorie du transformisme qui, reprise par Darwin, fait tant de bruit en ce moment, est de notre compatriote Lamarck, professeur au Muséum en 1808. La première société ayant pour objet l'étude des races, fut fondée à Paris en 1839, par Edwards, le frère de l'illustre

professeur de la Sorbonne. La première société, en Europe, qui ait embrassé l'anthropologie dans son acception entière et vraie, est due à l'initiative, il y a seize ans, du professeur Paul Broca. Enfin, la découverte de la haute antiquité de l'homme est due au Français Boucher de Perthes. Il appartenait donc à la France de produire le premier traité, ou manuel d'anthropologie, résumant toutes les notions acquises et tous les désiderata de cette science aussi vaste qu'attrayante.

L'anthropologie n'est, à proprement parler, qu'une branche détachée de l'histoire naturelle, elle étudie avant tout l'homme, comme le naturaliste étudie l'abeille ou tout autre groupe animal. Mais l'homme, occupant une place à part dans la série des êtres et possédant le langage et des facultés cérébrales très-développées qui lui donnent une physionomie spéciale, l'anthropologie a dû élargir son cercle en proportion. En outre des caractères physiques, physiologiques et pathologiques, elle s'occupe des manifestations cérébrales, aussi bien dans l'homme isolé que dans ses sociétés, variant des plus simples, comme la famille se confondant avec la tribu, aux plus compliquées, telles que se présentent les nationalités issues du hasard de la politique que l'on voit en Europe. L'origine de l'homme se perdant dans la nuit infinie des temps et ses migrations ayant eu la plus forte influence sur ses mélanges et croisements, l'archéologie, l'histoire des traditions, les langues sont aussi du domaine de l'anthropologie.

Tous ces points de vue sont traités dans le livre de M. Topinard. Une première partie y décrit l'homme, en tant que groupe animal, faisant partie de la classe des mammifères. Une seconde s'attache aux races humaines et à leurs différences de toute nature. Une troisième est réservée aux grandes questions de doctrine. Plusieurs chapitres y sont plus particulièrement afférents à la médecine. Le praticien y lira avec intérêt ce qui concerne le développement du corps à tous les âges, la menstruation dans les races, l'évolution du squelette et du cerveau, l'influence qu'exercent l'hydrocéphalie, la microcéphalie, les déformations artificielles ethniques du crâne, sur la forme définitive de la boîte cérébrale, sur la fermeture prématurée de ses sutures, et en fin de compte, sur le degré de l'intelligence. Il verra combien il importe au médecin de famille de surveiller l'hygiène physique ou intellectuelle dans la période d'accroissement où se décide l'avenir entier du cerveau.

M. Topinard n'a pas oublié le chapitre des maladies comparées d'une manière générale, chez l'homme et les animaux, puis dans les différentes races humaines. Pour lui, les médecins attachés à la marine et ceux mêmes qui exercent à Paris, où nous arrivent à présent des populations de toutes sortes, doivent tenir compte de ces différences. Les races sont autant de terrains particuliers sujets à des maladies propres, dans lesquels les maladies ordinaires évoluent différemment et où les médicaments aussi ne se comportent pas de même.

Au point où elle en est arrivée, l'anthropologie est une science médicale avec laquelle le praticien doit être familiarisé. Elle lui ouvre des horizons nouveaux. L'homme n'y est plus considéré terre à terre comme une organisation isolée, mais comme une partie d'un tout dans le temps et dans l'espace, obéissant aux mêmes lois que le reste de l'univers.

Nous ne pouvons donc que recommander ce livre, dont le besoin se faisait vivement sentir; et dont le prix modique contraste avec celui de nos publications médicales habituelles.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 7 et 14 février 1876; présidence de M. le vice-amiral Paris.

De la conjonctivite granuleuse; résumé de deux missions ayant eu pour objet l'étude des maladies oculaires en Algérie. — Note de M. J. Gayat.

1° Il existe en Algérie, à l'état endémique, dans la région du Tell et dans celle du Sahara, ainsi que dans chaque race d'habitants, une maladie d'yeux, caractérisée essentiellement et à son origine par l'*hypertrophie des glandes lymphatiques de la conjonctive*, d'où résultent de petites élevures arrondies, ou granulations, et l'irritation de la muqueuse. C'est la *conjonctivite granuleuse* simple, qui se complique souvent d'hypertrophie des papilles et qui, en s'aggravant, compromet l'intégrité des membranes profondes et des milieux de l'œil.

2° Nous avons étudié cette maladie dans le nord de l'Afrique, dans deux missions que nous a confiées M. le ministre de l'instruction publique. Nous l'avons suivie, dans nos voyages en Europe, sous les noms divers d'*ophthalmie militaire* ou *des armées*, d'*ophthalmie contagieuse des écoles*, de *granulations* et de *lymphômes de la conjonctive*. De nos observations personnelles et des renseignements recueillis entre le 52e et le 33e degré de latitude nord, entre le 18e et le 4e degré de longitude ouest, il résulte pour nous l'opinion que cette maladie, connue sous plusieurs noms, est toujours, dans son essence, la conjonctivite granuleuse ; mais elle emprunte, aux climats et aux conditions sociales des individus sur lesquels elle se développe, des caractères particuliers qui, tout en étant secondaires, peuvent faire croire à l'existence de maladies différentes.

3° Une cause fréquente de son développement est la *contagion par le moyen de la sécrétion qui l'accompagne*. La matière de cette sécrétion, inoculée sur un œil sain, ne reproduit pas *fatalement* une conjonctivite granuleuse, mais souvent une conjonctivite catarrhale ou purulente. Ce mode de développement par contagion s'observe dans les armées, dans les ateliers et les écoles où l'on n'a pas soin d'éviter l'encombrement, l'impureté de l'air, l'insuffisance de la nourriture, l'humidité, la malpropreté et l'affaiblissement de l'individu.

Pour l'Algérie et les pays limitrophes, Maroc et Tunisie, des *causes locales très-actives* viennent s'ajouter aux précédentes. Nous nous bornerons à citer: les vents brûlants et poussiéreux du sud, l'atmosphère chargée de sable, la réverbération solaire (Larrey), les écarts entre la température moyenne des jours et celle des nuits (Mackenzie). Il faut bien invoquer toutes ces causes réunies pour expliquer des faits d'observation aussi graves que les suivants : dans beaucoup d'écoles primaires, nous avons trouvé une proportion de granuleux s'élevant au chiffre de 40 à 50 pour 100. Cette proportion s'est élevée, pour certaines salles d'asile (Bel-Abbès, Orléansville, Sétif, Alger), au chiffre effrayant de 90 et 95 pour 100.

4° *Les soins habituels d'hygiène domestique*, opposés aux causes précédentes, suffisent à enrayer le début de la conjonctivite granuleuse et à ajourner les conséquences de la maladie une fois développée. C'est à leur application inconsciente qu'on doit attribuer l'immunité relative des personnes vivant dans l'aisance, ainsi que les cas, malheureusement rares, de guérison spontanée.

Parmi *les soins d'hygiène qui incombent à l'administration*, il lui importe avant tout de se protéger contre les agents de contagion sur lesquels elle a autorité. Eu égard au caractère endémique de la conjonctivite granuleuse, elle publiera, pendant très-longtemps et à intervalles rapprochés, des instructions populaires affirmant la possibilité de guérir le mal et rappelant les dangers de sa contagion. L'aménagement des locaux publics, l'ornementation des promenades, l'alignement et l'orientation des rues seront subordonnés aux exigences locales d'un climat chaud et d'un sol aride.

5° En même temps, il faudra recourir aux soins médicamenteux dont l'efficacité est incontestable, mais il est de toute nécessité qu'ils soient appliqués par le médecin lui-même et qu'ils ne soient plus confiés aux directrices d'asile ou autres personnes de même condition, dont la main entretient et propage, sans le savoir, le mal qu'elle cherche à combattre. Chaque malade sera muni de médicaments et de linges de toile affectés exclusivement à son service personnel. Parmi les produits médicamenteux, nous recommandons le nitrate d'argent, l'acétate de plomb, les sulfates de cuivre et d'alumine, le tannin, chaque médecin adaptant la dose, la forme, la durée et la fréquence de leur usage aux cas particuliers.

De l'action du froid sur le lait et sur les produits qu'on en tire. — Note de M. Eug. Tisserand.

Lorsqu'on soumet le lait d'une vache, immédiatement après les traites ou peu de temps après cette opération, à des températures différentes comprises entre 0 et + 36 degrés, et qu'on le maintient, pendant vingt-quatre ou trente-six heures, à la température initiale, on constate les faits suivants:

1° La montée de la crème est d'autant plus rapide que la température à laquelle a été reposé le lait se rapproche plus de zéro.

2° Le volume de crème obtenu est plus grand quand le lait a été soumis à un plus fort refroidissement.

3° Le rendement en beurre est aussi plus considérable quand le lait a été exposé à une température plus basse.

4° Enfin le lait écrémé, le beurre, le fromage sont de meilleure qualité, dans ce dernier cas.

Il est probable, pense l'auteur, conformément à l'opinion de M. Boussingault, que le refroidissement arrête l'évolution des organismes vivants qui constituent les ferments, et empêche de se produire les fermentations dues à leur action.

C'est donc à tort qu'on tient généralement en France le lait à une température de 12 à 13 degrés.

Déjà dans certains pays du Nord on met refroidir le lait à 8 ou 6 degrés à l'aide de grands bassins remplis d'eau de source et même de glace.

Sur le ferment de l'urée. Note de M. Musculus. — Dans une précédente communication (voir t. LXXVI, p. 86), l'auteur a décrit un papier réactif avec lequel on peut reconnaître l'urée en solution même très-étendue. Il l'avait obtenu en filtrant de l'urine devenue ammoniacale, lavant le filtre à l'eau distillée et le colorant avec du curcuma. Ce papier contient dans ses pores une petite quantité de ferment qui peut se conserver ainsi très-longtemps. Quand on le trempe dans une solution d'urée et qu'on le met ensuite à l'air, il devient brun au bout de quelques minutes. Ce changement de couleur se produit sous l'influence du ferment qui métamorphose l'urée, corps neutre sans action sur le papier de curcuma, en carbonate d'ammoniaque, corps doué d'une réaction fortement alcaline.

Toutes les urines ne sont pas aptes à fournir du ferment; il en est même qu'on peut laisser à l'air, en été, plusieurs mois, sans qu'elles entrent en fermentation ammoniacale.

Les urines les plus riches en ferment sont les urines épaisses, filantes et ammoniacales, rendues par des malades atteints de catarrhe de la vessie. Ces urines ne peuvent pas être filtrées, car les mucosités forment, au bout de peu de temps, un enduit imperméable qui bouche tous les pores du papier; mais, lorsqu'on y ajoute de l'alcool fort, le mucus se coagule en une masse semblable à la fibrine, que l'on parvient facilement à isoler du liquide. C'est ce mucus qui constitue le véritable ferment. Pour le conser-

ver, on le sèche à une douce température, on le pulvérise et on l'enferme dans un flacon bien bouché.

Ce ferment de l'urée n'a aucune des propriétés qui caractérisent les ferments organisés. Il a, au contraire, beaucoup de ressemblance avec les ferments solubles, tels que la diastase, la salive et le suc pancréatique. En effet, d'après M. Bouchardat, les acides et les alcalis entravent l'action de la diastase, tandis que des corps, comme l'alcool, l'éther, la créosote n'ont aucune influence. C'est ce qui a lieu pour le ferment de l'urée. L'acide phénique seul n'a pas d'action sur ce ferment.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 1er et 15 février 1876; présidence de M. Chatin.

Leucocytose (suite de la discussion, voir p. 132). — M. Colin reprend la lecture de son discours et rapporte un certain nombre d'expériences faites par lui dans le but d'établir jusqu'à quelle limite le système lymphatique seul peut suffire à la production des globules blancs existant dans le sang.

Ce liquide est coagulable, chargé d'albumine, de fibrine, de globules et de globulins. Si donc les globules blancs étaient des éléments stables et permanents, au lieu d'être, comme ils le sont, essentiellement transitoires, le nombre qui en est versé dans le sang par les lymphatiques en un seul jour suffirait amplement pour amener une leucocythémie des plus accusées. Du reste, il y a longtemps que l'on a signalé la leucocythémie passagère qui se produit pendant la digestion. Cette leucocythémie survient beaucoup plus vite que les Allemands ne l'avaient dit; elle commence en réalité à se faire sentir presque aussitôt après le repas.

On peut lui comparer un autre genre de leucocytose également passagère, celle qui résulte de l'administration d'un purgatif, et qui est produite par l'excitation des lymphatiques sous l'influence de l'agent absorbé. L'absorption rapide des sels, leur pénétration dans les lymphatiques, a été prouvée par M. Colin à l'aide d'expériences directes.

M. Colin a également établi par des expériences multiples et concluantes, contrairement à l'opinion des Allemands, la présence des leucocytes dans les derniers réseaux du tissu lymphatique, alors que la lymphe n'a traversé aucun ganglion. Il l'a démontrée en recueillant, à l'aide de tubes d'argent, la lymphe provenant de ces lymphatiques, soit à la face du cheval, soit à son pied, et cela particulièrement sur les animaux morveux. Après la mort, la lymphe paraît souvent dépourvue de leucocytes, parce que ces éléments s'attachent aux parois des vaisseaux et aux filaments fibrineux ; mais sur les animaux vivants, la chose est évidente.

Il n'y a pas de différences bien tranchées entre les divers genres de leucocytoses. Toutes également peuvent tenir à ce que le travail de production des globules blancs dans les lymphatiques l'emporte sur le travail de transformation qui les détruit dans le sang. La leucocythémie peut être très-brusque dans son apparition.

Le leucocyte est, par excellence, un élément de transition instable, mobile, qui se modifie dès qu'il est formé. Il présente surtout ces caractères quand on l'examine dans la lymphe d'un animal vivant.

Toutes les leucocytoses se développent avec une extrême rapidité en raison de la grande masse de matières plastiques et d'éléments figurés que le système lymphatique apporte au sang en vingt-quatre heures, masse qui peut égaler une à trois fois celle du sang que l'appareil circulatoire contient à un moment donné.

Elles ne supposent pas nécessairement une mesure matérielle ni même une exagération de volume bien prononcée des organes formateurs des leucocytes.

Rien ne prouve que certaines leucocytoses se produisent en dehors du

système lymphatique par des leucocytes que fabriqueraient, du reste, les follicules intestinaux et les autres organes si nombreux auxquels on a, d'après des analogies vagues et sans démonstration péremptoire, attribué des fonctions analogues à celles des lymphatiques.

Entre les leucocytoses dites *physiologiques* et celles qui se lient à des maladies, il n'y a aucune différence essentielle, ni dans le siége, ni dans le mécanisme ; elles ne se distinguent nullement que par le degré et la durée : celles qu'on appelle *leucocythémie* paraissent devoir leur gravité aux états complexes qui s'y lient aux troubles coïncidants de la sanguinification, de la nutrition, qui mettent obstacle aux transformations et à la destruction normale des globules blancs.

Les leucocytoses des maladies virulentes n'ont pas de caractères particuliers quant à leur nature. La virulence paraît la cause excitative de leur développement, mais elle ne leur imprime aucune modification importante.

Les leucocytoses, quels qu'en soient les degrés, sont des états correspondant aux anémies ; elles consistent au fond dans une production globulaire qui n'est plus en rapport avec une destruction d'égale activité ou, en d'autres termes, dans le défaut d'équilibre entre la formation et la transformation des globules blancs.

M. Verneuil aurait voulu que M. Colin procédât pour la morve comme il l'a fait pour le charbon et la septicémie. Il aurait dû inoculer d'abord un animal sain, dont le sang aurait été préalablement examiné à ce point de vue ; puis renouveler cet examen du sang tous les jours ou toutes les heures, afin de voir quand apparaîtrait la leucocytose.

M. Colin aurait voulu pouvoir agir ainsi ; mais lorsqu'il est question de morve, les vieux chevaux épuisés ne doivent pas être choisis pour l'inoculation, car ils pourraient porter déjà des germes de morve. Leur anémie est toujours suspecte. Or les chevaux jeunes et vigoureux coûtent fort cher, et il serait très-onéreux de multiplier des expériences portant sur eux.

Du rôle des muscles dans les luxations traumatiques. — M. Rigaud, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Nancy, lit un mémoire sur ce sujet.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les muscles n'interviennent jamais directement pour effectuer les luxations traumatiques ;

2° Les déplacements consécutifs que les os luxés éprouvent dans leurs rapports anormaux sont essentiellement produits par l'action des muscles ;

3° Dans la méthode rationnelle de la réduction des luxations traumatiques par rétrogradation, les muscles ne s'opposent jamais et ne peuvent pas s'opposer à la réintégration des os luxés dans leurs rapports naturels ; au contraire même, souvent ils y concourent.

Endocardite végétante chez le cheval. — M. Trasbot, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, présente des pièces anatomiques provenant d'une pouliche de dix-huit mois, morte récemment dans son service, et dont l'observation se résume en ces termes, au point de vue des lésions trouvées à l'autopsie : endocardite chronique avec végétations et insuffisances de la valvule mitrale ; végétations et insuffisances des valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire ; large dilatation, végétation et insuffisance de la valvule tricuspide.

M. Trasbot appelle l'attention sur un point des commémoratifs. Lorsqu'elle était âgée d'un an, cette pouliche fut prise subitement d'une boiterie intense du membre droit, avec engorgement rouge et douloureux du boulet et du paturon. Cette boiterie dura trois semaines environ et devait être très-probablement de nature rhumatismale. Ce serait donc une nouvelle confirmation de la loi de coïncidence établie par M. Bouillaud entre les maladies du cœur et les rhumatismes.

Élections. — M. le docteur Chereau est nommé membre associé libre de l'Académie.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 11 février 1876 ; présidence de M. Laboulbène.

De la fréquence du tænia (suite de la discussion voir p. 34, 87 et 135).— M. Roger lit un mémoire fort important et très-étendu sur la fréquence du tænia et tendant à démontrer par de nombreuses observations qu'elle est due à l'usage abusif de la viande crue ou très-peu cuite. Appuyant son opinion sur les connaissances des naturalistes sur la genèse, l'anatomie et la physiologie des helminthes, il démontre que l'eau est souvent l'agent vecteur des œufs des helminthes: et en effet on ne trouve pas d'helminthes chez les enfants élevés au sein, chez les vieillards et les ivrognes qui boivent peu d'eau. Ils sont extrêmement rares chez les enfants qui boivent de l'eau filtrée; mais on les rencontre dans les campagnes, chez les enfants qui boivent de l'eau des mares, l'eau malpropre, l'eau de rivière qui reçoit assez souvent des détritus organiques.

Avant l'usage un peu abusif de la viande crue on observait le tænia, mais alors il faut en rechercher l'origine dans certaines espèces de viandes, telles que la viande de porc. Le cysticerque du porc, par exemple, donne le tænia armé. Puis voici l'usage de la viande crue qui nous arrive de Russie, viande que l'on prescrit chez les enfants, dans les diarrhées chroniques, chez les phthisiques, les anémiques. C'est alors que le tænia apparaît beaucoup plus commun. M. Roger énumère un nombre considérable de faits à l'appui de son opinion qui considère la viande crue comme la cause la plus fréquente du tænia. Incidemment, il parle des désordres du système nerveux produits par action réflexe et attribués à la présence de vers dans l'intestin. Quand un enfant est pris de convulsions, on croit, dans le public, que ce sont des vers intestinaux qui les occasionnent fréquemment, et souvent on administre en dehors du médecin, ou celui-ci administre des helminthicides, qui presque toujours n'ont aucune action sur les convulsions. Si ces enfants ont des vers, l'agent helminthicide les expulse, mais les convulsions n'en sont nullement influencées. C'est du moins ce que l'expérience et la pratique ont démontré à M. Roger. Revenant à la question principale qui est celle du tænia, M. Roger dit que le traitement qu'il a le plus souvent employé est le kousso à la dose de 10 grammes, ou les semences de courge à la dose de 15 grammes d'amandes avec autant de sucre; on en fait une émulsion. Deux heures après, on prescrit 10 à 15 grammes d'huile de ricin à laquelle on ajoute une goutte d'essence de menthe.

Comme conclusion M. Roger est d'avis qu'il ne faut pas supprimer absolument l'usage de la viande crue, mais qu'il faut une grande prudence et une grande réserve dans son emploi. Si, après le sevrage, la diarrhée persiste, qu'on essaye la viande crue, celle de mouton ou de bœuf; mais il faut en surveiller les effets et ne pas la continuer plus de deux ou trois semaines après la guérison. La viande crue est surtout utile aux enfants à dentition retardée; mais chez les plus grands sujets, il faut être prudent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 2 et 9 février 1876; présidence de M. Houel.

Variété très-rare de fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus. — M. Ledentu communique un fait qu'il a observé l'an dernier à l'Hôtel-Dieu alors qu'il suppléait M. Richet.

Un jeune homme de dix-neuf ans avait été amené à l'hôpital à la suite d'une chute qu'il avait faite sur l'épaule en portant un sac de 40 kilogrammes. Lorsque M. Ledentu le vit le lendemain matin, l'épaule présentait une forme globuleuse, et un épanchement sanguin considérable, dépassant en haut la clavicule et l'acromion, et soulevant le deltoïde tout entier, em-

pêchait de se rendre compte de la position occupée par la tête de l'humérus. En saisissant le coude à pleine main et en imprimant des mouvements au bras, on arrivait bien à sentir sous la clavicule une saillie osseuse, mais il était impossible de savoir si cette saillie était constituée par la tête de l'humérus ou par l'extrémité supérieure de cet os fracturé. Il y avait bien un raccourcissement du membre de 2 centimètres; mais ce signe, pouvant exister aussi bien dans un cas de fracture que dans une luxation, n'éclairait en rien le diagnostic. Craignant d'augmenter l'inflammation, M. Ledentu ne jugea pas opportun de poursuivre immédiatement son examen, et se contenta d'appliquer sur la région des sangsues et des cataplasmes. Après quelques jours de ce traitement antiphlegistique, un amendement sensible s'étant produit, l'exploration put être reprise; elle permit de reconnaître que l'extrémité supérieure de l'humérus était fracturée et que la lésion siégeait entre le col anatomique et les tubérosités. La réduction fut tentée d'abord par l'extension continue; mais ce moyen employé pendant une douzaine de jours resta sans résultat. M. Ledentu n'obtint pas davantage avec les moufles et une traction de 60 kilogrammes. Ne trouvant pas encore au bout de deux mois de consolidation, il pensait que ce qu'il pouvait arriver de mieux, c'était de voir se produire une pseudarthrose. Lorsqu'il revit le malade longtemps après, la réunion des deux fragments s'était effectuée; il est probable que le cal qui s'était formé était constitué non par des tissus osseux, mais bien par du tissu fibreux.

M. Ledentu fait remarquer, à propos de cette observation, qu'il n'existe dans la science qu'un fort petit nombre de faits semblables. Il se demande quelle doit être en pareil cas la conduite du chirurgien? Les tentatives de réduction ne seraient pas toujours, d'après lui, exemptes de danger et pourraient être le point de départ d'un phlegmon suraigu de la fracture, accident auquel le malade est exposé à succomber. Il considère ces fractures avec déplacement exceptionnel du fragment inférieur comme irréductibles; si Malgaigne a pu en réduire une sur un cadavre, ce n'est qu'en plaçant le bras dans l'abduction forcée avec élévation, et après avoir sectionné préalablement le deltoïde.

Ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes à la suite d'une plaie de l'axillaire. — M. Panas communique l'observation suivante :

Au mois d'août dernier, un maçon âgé de trente-trois ans fit une chute d'une certaine hauteur et vint s'embrocher l'aisselle droite sur une tige de fer placée sur un balcon. L'hémorrhagie fut très-abondante au moment de l'accident, et le malade était exsangue lorsqu'il fut apporté à l'hôpital. Comme la plaie ne donnait plus de sang, M. Panas se borna à un tamponnement avec de la charpie et de l'amadou et résolut d'attendre la cicatrisation. Mais, plusieurs hémorrhagies successives étant survenues à la suite d'un peu d'inflammation de la plaie, il se décida à intervenir et fit la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. L'opération fut pratiquée sans difficulté et les suites en furent très-simples. Le fil tomba le neuvième jour; le phlegmon de l'aisselle disparut rapidement, et au bout de trois semaines le malade quittait l'hôpital complétement guéri. — Le refroidissement du membre survenu après l'opération ainsi que l'œdème disparut au bout de quelques jours; l'engourdissement des parties innervées par les branches du nerf radial, dont les origines avaient été un peu froissées, dura plus longtemps; enfin aujourd'hui il ne reste plus qu'un peu d'atrophie du membre. Si les battements de l'artère radiale n'ont pas reparu, c'est que très-probablement il existe une anomalie

MM. Tillaux et Després se demandent pourquoi M. Panas n'a pas suivi, dans le cas qu'il vient de rapporter, le précepte admis par la Société et qui consiste à faire la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie.

Répondant à cette objection, M. Panas fait observer que, n'étant point certain que l'axillaire fût lésée, il ne voulait pas exposer un malade, très-anémié déjà, à courir le risque d'une nouvelle hémorrhagie.

MM. Ledentu et Terrier, quoique partisans de la ligature des deux bouts du vaisseau dans une plaie artérielle, soit ancienne, soit récente,

admettent cependant qu'il existe des cas où la non-intervention immédiate se trouve justifiée ; c'est lorsque la recherche des deux bouts présente de grandes difficultés, et qu'on est obligé d'exposer un malade à de nouvelles hémorrhagies.

De l'insensibilité du moignon de l'épaule dans les luxations. — M. NICAISE lit un rapport sur deux observations adressées à la société par M. ANGER. Dans la première, qui remonte au mois de mars 1874, le chirurgien avait indiqué comme un des signes de la lésion du nerf circonflexe l'insensibilité de la région deltoïdienne qui accompagne quelquefois la luxation. Ce fait, purement théorique, vient d'être confirmé avec pièce anatomique à l'appui. M. Anger, ayant vu succomber à une affection cardio-pulmonaire un malade chez lequel il avait réduit quinze jours auparavant une luxation de l'épaule s'accompagnant d'insensibilité de la région deltoïdienne, constata à l'autopsie une forte contusion du nerf circonflexe; ce dernier présentait dans une étendue de quelques centimètres une coloration rouge.

Ce fait, quoique ne s'appuyant que sur les deux observations de M. Anger, n'en est pas moins important au point de vue du pronostic de certaines luxations, et mérite d'attirer l'attention des chirurgiens.

De l'opportunité de la résection de la hanche dans les affections de cette articulation. — M. BAUDON, médecin-major de la garde républicaine, lit un travail sur ce sujet. Il pense que les chirurgiens français attendent trop longtemps pour opérer, ce qui fait qu'ils ont souvent des insuccès à enregistrer. Le moment le plus opportun pour l'intervention serait celui où l'on peut s'assurer de la lésion osseuse lors de l'apparition des trajets fistuleux. M. Baudon rapporte les observations de trois malades opérés par lui, et chez lesquels la guérison est survenue sans accident.

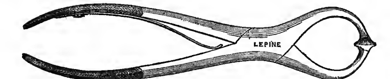
Fistule vésico-vaginale avec oblitération du vagin à sa partie moyenne ; calculs vésicaux. — La malade qui fait l'objet de l'observation suivante a eu quatre grossesses. C'est après son dernier accouchement qu'elle s'aperçut qu'elle ne pouvait garder ses urines, et que l'écoulement de ce liquide se faisait par la vulve d'une façon à peu près continue. Traitée d'abord à Reims, dans le service de M. Gaget, par la cautérisation, elle vit son infirmité à peu près disparaître. Après une maladie de quelques semaines, l'urine ne coulait plus par le vagin ; mais, en revanche, les règles sortaient par la vessie. Entrée à ce moment à l'hôpital de la Pitié, la malade fut examinée par M. NICAISE, qui constata une oblitération du vagin et la communication de ce conduit avec le réservoir urinaire, dans lequel se trouvait un calcul. Ce chirurgien tenta d'abord la dilatation de l'urèthre avec la laminaria; mais cette application fut tellement douloureuse qu'il dut y renoncer. Le lendemain, il donna le chloroforme, et avec le dilatateur de M. Dolbeau pour la lithotritie périnéale, il put obtenir une dilatation suffisante. Ayant introduit le doigt dans la vessie, il sentit le calcul adhérant aux parois de la partie postérieure de ce réservoir et parvint à le détacher sur les bords. L'opération fut assez laborieuse ; cependant la malade quittait l'hôpital quelque temps après. Mais, au bout d'un an, la miction étant redevenue fréquente et douloureuse, elle venait de nouveau réclamer des soins. Trouvant alors dans la vessie un calcul libre, M. Nicaise en fit le broiement. La malade, prise de varioloïde, quitta de nouveau l'hôpital sans être complétement débarrassée de son calcul.

Reprise bientôt des mêmes accidents, elle fut apportée cette fois dans le service de M. DESPRÉS. Ce chirurgien, dans un premier examen, ne trouva d'abord pas de calcul ; le lendemain, avec une sonde ordinaire, il le sentit engagé dans l'urèthre ; mais, au bout de quelques instants, il le perdait de nouveau. Après avoir fait la dilatation du canal avec l'éponge préparée, opération préliminaire qui fut assez pénible, il introduisit le petit doigt et trouva un calcul de forme ovoïde et présentant le volume d'une amande verte. Le lendemain, après une nouvelle application d'é-

ponge préparée, il put faire pénétrer l'indicateur et constater dans la vessie l'existence de deux cavités separées par le col utérin, et dans lesquelles le calcul venait alternativement se loger. La majeure partie du calcul fut enlevée ce jour-là dans une séance de quatorze minutes ; l'extraction fut complétée le lendemain. Après cette opération les accidents disparurent rapidement. Les urines restèreot toujours troubles le matin; mais ce fait s'explique probablemeot par des pertes blanches dont l'écoulement se faisait par la vessie.

M. Desprès considère ce fait de calcul de la vessie chez la femme comme très-rare; si on consulte, en effet, les *Bulletins de la Société de chirurgie*, on n'en trouve que quatre exemples Quant au calcul, l'examen qui en a été fait a montré que le noyau en était ramifié et très-dur, comme ceux qui se forment dans le rein. La malade n'avait jamais eu de coliques néphrétiques.

Pince pour l'opération du bec-de-lièvre. — Il arrive souvent que dans le bec-de-lièvre l'os incisif a basculé en avant et ne se trouve plus par conséquent sur le même plan que le maxillaire; il constitue ainsi par la saillie qu'il forme un obstacle à la réunion des lèvres. On a bien



songé à mobiliser cet os après l'avoir sectionné verticalement avec une pince de Liston et à le ramoner ensuite en place; mais, comme on est obligé de diviser également les parties molles, on diminue par là même la vitalité du lambeau ostéo-muqueux. C'est dans le but de remédier à cet inconvénient que M. Delore (de Lyon) a imaginé la pince qu'il met aujourd'hui sous les yeux de la Société. Cette pince se termine par deux fortes lames d'un centimètre de long, dirigées dans l'axe de l'instrument et dont les extrémités se terminent en pointe mousse. Les branches qui les supportent sont incurvées, et circonscrivent un espace en forme d'as de cœur d'environ 3 centimètres et demi de diamètre. — Lorsqu'on se sert de cet instrument pour l'opération du bec-de-lièvre, on fait glisser les lames sous la muqueuse, jusqu'au point où l'on veut pratiquer la section osseuse, et ensuite on fait basculer l'os jusqu'au contact du maxillaire; on évite de la sorte de blesser les parties molles, et on assure d'autant le succès de l'opération.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 février 1876 ; présidence de M. Oulmont.

Des variétés de jaborandi. — M. Gubler montre que le jaborandi est un mot qui s'applique au Brésil à un grand nombre de plantes, et que cette circonstance rend la confusion facile. Ainsi un grand nombre d'arbres appartenant à la famille des pipéracées, l'*othonia anisum*, le *piper cotrifolium*, le *piper reticulatum*, sont considérés au Brésil comme le véritable jaborandi, dont ils n'ont aucune des actions physiologiques; ces dernières appartiennent seulement au *pilocarpus pinnatus*. Cette confusion dans les mots a fait que beaucoup d'officines ont vendu sous le nom de *jaborandi* des feuilles qui n'avaient aucune action thérapeutique; désormais on ne devrait plus prescrire du jaborandi, mais bien du *pilocarpus pinnatus*.

Sur les circonstances qui font varier le degré des urodensimètres. M. Limousin reproduit l'expérience qui a servi de base au travail de M. Duhomme publié dans le *Bulletin* (voir t. LXXXIX, p. 410), il montre que ce curieux résultat pourrait peut-être trouver son explication dans ces phénomènes qui se passent à la surface des liquides et que M. Coullier a décrits sous le nom de *tension superficielle*.

Solutions pour les injections sous-cutanées. — M. Limousin emploie, pour empêcher la fermentation des solutions de morphine, de l'acide salicylique; il fait une solution contenant 20 centigrammes de morphine et 2 grammes d'une solution au millième d'acide salicylique. Ce mélange ne paraît pas s'altérer.

M. Dujardin-Beaumetz trouve que l'eau distillée de laurier-cerise donne d'excellents résultats pour ces sortes de solutions ; on a ainsi des mélanges non irritants et inaltérables ; le titre de la solution est le suivant :

Chlorhydrate de morphine.	1 gramme.
Eau distillée de laurier-cerise.	30 grammes.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Bons effets de l'emploi combiné de la morphine et de l'atropine dans le traitement de l'asthme spasmodique. — Voici le traitement du docteur G. Oliver :

1° La morphine et l'atropine sont supérieures à la morphine seule ; l'amélioration est plus rapide et plus complète et elles ne produisent pas de troubles gastriques.

2° Dans la première année du traitement hypodermique, les accès d'asthme furent, en règle générale, combattus par les injections aussitôt que l'on demandait instamment du soulagement. La malade attendait d'avoir ses accès avant d'appeler le médecin chargé d'elle, et celui-ci, alors seulement, injectait le médicament. Bien que ces accès, pris au milieu de leur durée, fussent rapidement combattus, ils demandaient cependant, comme dans les paroxysmes graves de l'asthme, un certain temps pour s'apaiser complètement. On fit ensuite des injections lorsque se manifestaient les premières atteintes du mal. Cet emploi prophylactique et curatif du traitement fut continué pendant les trois dernières années, et pendant cette longue période il n'y eut plus un seul accès grave, comme dans les premières années. Dans toute attaque de troubles bronchiques, une injection faite pendant plusieurs jours, matin et soir, arrêtait l'accès d'asthme dont on était menacé. En outre, la malade affirme qu'elle était moins sensible aux affections bronchiques aussi bien qu'à l'asthme qui les accompagnait, et que les intervalles qui les séparaient étaient augmentés, la respiration asthmatique étant souvent tout à fait absente pendant un mois ou six semaines.

3° L'emploi fréquent des injections ne paraît pas être nuisible à la santé générale.

4° Soulagement prompt. L'effet se manifeste généralement dans les cinq minutes sous forme d'un sommeil calme et d'une respiration tranquille. L'attaque la plus intense a disparu dans l'espace de quinze à vingt minutes. (*The Praticioner*, février 1876, p. 137.)

Le *Bulletin* a déjà signalé d'heureux effets de l'association de la morphine et de l'atropine pour le traitement des névralgies et de la dyspnée en rendant compte des

travaux de M. Gros et de Fourcault (voir t. LXXXIX, p. 186) : ces faits montrent bien que le prétendu antagonisme entre la morphine et l'atropine n'existe ni pour les doses toxiques ni pour les doses thérapeutiques.

Sur l'action physiologique de l'alcool. — L'intéressant mémoire lu devant la Société médicale de Londres, par Lauder Brunton se résume dans les conclusions suivantes :

1° L'alcool, en petite quantité, augmente la sécrétion du suc gastrique et les mouvements de l'estomac, et aide ainsi la digestion. Bien qu'il ne soit pas nécessaire à l'état de santé, il est utile chez les personnes affaiblies et débilitées ;

2° Il augmente la force et la fréquence du pouls, par action réflexe partant des nerfs de l'estomac ;

3° A haute dose, il diminue la digestion par irritation trop grande de l'estomac ;

4° Il peut produire la mort par action réflexe, par *shock* ;

5° Après l'absorption dans le sang, il diminue le pouvoir oxydant des globules rouges. Cette propriété le rend utile pour abaisser la température ; lorsqu'il se trouve dans le sang constamment ou très-souvent, il produit une accumulation de graisse et la dégénérescence graisseuse des organes ;

6° Dans l'organisme il subit une sorte de combustion, maintient ou augmente le poids du corps, et prolonge la vie avec un régime suffisant. C'est pourquoi on peut le considérer comme un aliment ;

7° Si on en prend à hautes doses, une partie est excrétée à l'état d'intégrité ;

8° Il dilate les vaisseaux sanguins, augmente la force et la fréquence des battements du cœur par son action sur les centres nerveux, auxquels il est amené par le sang, produit une sensation de bien-être, et facilite le travail intellectuel et physique. Il ne donne pas une plus grande force, mais il rend l'homme apte à conserver plus d'énergie en réserve. Il peut ainsi apporter secours pour un effort de peu de durée, mais non pour des exercices prolongés ;

9° Il en est de même pour le cœur ; mais dans les maladies l'alcool ralentit fréquemment les pulsations de cet organe, au lieu de les accélérer, et économise ainsi l'énergie en réserve, au lieu de la dépenser ;

10° En dilatant les vaisseaux de la peau, l'alcool échauffe la surface aux dépens des organes internes. C'est ainsi qu'il est nuisible lorsqu'on le prend pendant l'exposition au froid, mais après l'exposition, il est très-utile, car il tend à prévenir la congestion des organes internes ;

11° Les symptômes d'intoxication sont dus à la paralysie du système nerveux ; le cerveau et le cervelet sont d'abord affectés, puis la protubérance, et enfin la moelle allongée. C'est par la paralysie de la moelle que l'alcool cause ordinairement la mort ;

12° L'immunité dont jouissent en apparence les buveurs est due à la paralysie du système nerveux par lequel, avec une sobriété plus grande, le *shock* serait produit. (*The Practitioner*, janvier 1876, p. 64 et 118.)

Le penghawar-djambi contre l'hémophilie. — Il existe dans l'Inde une fougère, que les habitants appellent le *penghawar-djambi*, et qui possède des propriétés hémostatiques très-remarquables. Le docteur Cantari l'a employée récemment avec un plein succès pour arrêter chez un hémophile une hémorrhagie produite par une petite plaie de l'occiput, alors qu'aucun autre moyen n'avait pu réussir. Quand on a constaté que l'hémophilie ne tient pas à la fragilité des vaisseaux, mais bien à la difficulté de formation d'un caillot destiné à obturer l'orifice vasculaire, le docteur Cantari pense que cette plante est le meilleur moyen que l'on puisse employer en pareil cas. En effet, elle pénètre la partie aqueuse du sang, le rend coagulable et forme à la surface de la plaie une croûte imperméable. Mais il est nécessaire que la plante soit très-sèche, car elle n'exerce aucune espèce d'action quand elle est mouillée. (*Rev. méd.-chirug. allem.*, mai 1875, p. 229.)

Bons effets de l'ergot de seigle contre l'hémoptysie (d'après cinquante cas). — Il y a environ dix-huit mois, dit le docteur James Williamson, d'Edimbourg, après avoir lu les travaux

publiés à ce sujet par le docteur Anstie dans le *Practitioner*, je commençai à faire un essai loyal (a fair trial) de la valeur de l'ergot dans le traitement de l'hémoptysie. Les succès qui ont suivi son administration furent si encourageants, que je donnai ce médicament dans tous les cas d'hémoptysie que je fus appelé à traiter; je me propose maintenant de donner brièvement les résultats de son emploi dans cinquante cas.

Les cinquante malades étaient atteints de phthisie à différentes périodes, et l'hémorrhagie varia depuis de nombreux filets tranchant sur les crachats jusqu'à l'expectoration de plusieurs onces de sang. Comme tous les cas survinrent à l'hôpital, il ne s'écoula que peu de temps entre le début de l'hémoptysie et l'administration du remède.

L'ergot fut donné invariablement par la bouche et sous forme d'extrait liquide. On a beaucoup parlé du succès des injections sous-cutanées d'ergotine et de leur supériorité contre l'affection dont il s'agit ici; mais, comme il n'y eut jamais de difficulté à administrer de polien, et que le médicament agit dans beaucoup de cas avec une rapidité satisfaisante, la méthode hypodermique ne fut pas employée.

On peut donner l'extrait liquide à la dose de 40 gouttes, répétée deux fois dans la première heure, et, en se guidant sur le résultat, au moins toutes les deux heures dans la suite; on diminue la dose et on la donne moins fréquemment si l'hémorrhagie s'apaise.

Je n'ai jamais observé aucun effet désagréable à la suite de l'administration de grandes quantités même en peu de temps; mais, en règle générale, si quatre ou cinq doses élevées ne paraissent pas avoir une action bien manifeste sur l'hémorrhagie, il faut changer de médicament. Il faut avoir soin d'employer des préparations fraîches d'ergot non frelaté.

Dans ces cinquante cas, ce médicament amena rapidement l'hémostase quarante-quatre fois, dont seize chez des femmes et vingt-huit chez des hommes, et dans un quart au moins l'hémoptysie méritait l'épithète de profuse. Dans quarante de ces quarante-quatre cas, ce fut le premier et le seul médicament employé; dans deux autres, il réussit après l'insuccès d'une mixture contenant de l'acide gallique, de l'alun et de l'acide sulfurique dilué; dans un autre, il fut efficace après l'emploi inutile de l'acétate de plomb uni à l'opium; dans le dernier cas, ces deux moyens avaient été mis en œuvre sans succès lorsque l'ergot arrêta l'hémorrhagie.

L'ergot de seigle fut inefficace dans six cas, dont nous allons parler avec un peu plus de détails.

1er *cas*. Veuve, d'âge moyen, qui avait eu plusieurs hémorrhagies violentes. La dernière fut très-copieuse, et des doses répétées d'ergot, données coup sur coup, ne produisirent pas de diminution marquée dans le crachement de sang; on lui substitua alors l'acide gallique; mais, au moment où il commençait à agir, il donna lieu à de telles douleurs dans l'abdomen, qu'il fallut en cesser l'emploi; on redonna de l'ergot et l'hémorrhagie cessa rapidement.

2e *cas*. Jeune homme chez lequel l'hémorrhagie était modérée; elle ne fut pas diminuée par l'ergot, mais elle céda à l'acide gallique. Il n'est que juste d'ajouter que dans ce cas on avait des doutes sur la qualité de l'ergot employé.

3e *et* 4e *cas*. Hémorrhagie légère, mais chronique et rebelle; les crachats avaient une couleur rose uniforme. Chez l'un des malades, l'acide gallique réussit, après l'insuccès de l'ergot; chez l'autre, l'acide gallique, l'ergot, l'acétate de plomb uni à l'opium, le perchlorure de fer, l'ammonio-sulfate de fer, les acides minéraux, et l'huile de térébenthine furent successivement essayés sans résultat valable.

5e *cas*. Femme de vingt-cinq ans. Plusieurs attaques antérieures. L'ergot, ayant échoué, fut heureusement remplacé par l'acétate de plomb et l'opium.

6e *cas*. Femme de vingt-cinq ans, fréquentes hémorrhagies antérieures. Dans ce cas, l'hémoptysie fut profuse, et résista à l'ergot et à l'acide gallique; l'huile de térébenthine l'arrêta par hasard.

Nous avons rapporté ces observations en détail pour montrer que, dans les trois cas où l'ergot a échoué, il a partagé l'insuccès de l'acide gallique, médicament le plus employé dans le traitement de l'hémoptysie. L'ergot a sur l'acide gallique l'avan-

tagu de ne causer jamais ni coliques ni constipation, et surtout de ne pas s'opposer au régime lacté.

La proportion élevée (88 pour 100) des cas dans lesquels l'ergot réussit, non-seulement confirme sa grande valeur et réclame notre confiance, mais justifie encore l'opinion qu'il est le premier des médicaments essayés dans les cas d'hémoptysie. (*The Lancet*, 13 novembre 1875, p. 696.)

De l'électrothérapie oculaire. — Le docteur Boucheron étudie dans son mémoire les applications que l'on peut faire de l'électricité à la cure des affections oculaires; ces applications sont nombreuses et portent sur les groupes suivants :

En premier lieu, les affections musculaires : paralysies des muscles moteurs du l'œil et du muscle accommodateur. — Affections spasmodiques : blépharospasmes, spasmes de l'accommodation, nystagmus. — Asthénopie musculaire par insuffisance des muscles droits internes ;

En second lieu, les troubles du corps vitré ;

Troisièmement, les amblyopies sans lésions : anesthésies traumatiques ou spontanées de la rétine, scotome central sans lésion, héméralopie, amblyopies toxiques, amblyopies des strabiques hypermétropes ;

Quatrièmement enfin, les névrites et atrophies du nerf optique.

Voici en quelques mots les points les plus intéressants de ce mode de traitement :

Les paralysies des muscles de l'œil forment un contingent considérable de bons résultats. Vingt-deux observations sur vingt-neuf sont inédites, et ont été communiquées par M. Giraud-Teulon, dont le nom bien connu donne à ce travail une haute garantie d'authenticité.

Les paralysies qui dépendent de tumeurs ou d'exsudats encéphaliques ne sont pas, bien entendu, modifiées par l'électricité. — L'ataxie locomotrice donne naissance à des paralysies ou précoces et passagères, ou tardives et durables ; rien encore.

Mais les paralysies périphériques qui se rattachent à l'influence du froid (dix observations de guérison), de la syphilis (huit observations), de la diphthérie (une observation), sont les plus fréquentes, les plus sensibles à l'action thérapeutique, et, en particulier, à l'action de l'électricité.

La guérison est tantôt rapide, en quelques séances, tantôt lente à s'accomplir.

L'asthénopie musculaire due à l'insuffisance du muscle droit interne est heureusement modifiée par l'électricité, après correction de la réfraction et ténotomie du muscle droit externe, s'il y a lieu.

Si les troubles du corps vitré sont produits par la transformation du tissu normal en tissu muqueux, ou conjonctif opaque, par la présence d'innombrables corpuscules de pigment irréductibles, ni les courants, ni les agents pharmaceutiques ne changent cet état.

Si, au contraire, le corps vitré est encombré d'éléments en régression, de débris d'hémorrhagies, de produits séro-albumineux ou séro-fibrineux modifiables, la transparence pourra être rétablie.

Les affections causales sont-elles incurables : artérite généralisée de l'œil (Poncet), irido-cyclite grave, décollement de la rétine, etc., il n'y a pas de succès à attendre. L'affection de la choroïde et du corps ciliaire a-t-elle été rapide et superficielle, n'a-t-elle pas laissé d'irrémédiables désordres, l'électrisation peut être très-efficace.

Les amblyopies sans lésions, qui souvent ne sont que des anesthésies, doivent, l'indication causale remplie, être soumises à l'électrisation.

Les névrites et atrophies du nerf optique figurent dans ce travail au nombre de quinze observations. En général, l'amélioration obtenue est partielle et plus ou moins durable. Mais il faut ajouter que les malades ont commencé le traitement électrique souvent lorsque la cécité était très-avancée, et que les lésions définitives étaient produites. Aussi l'auteur rapporte les faits sans commentaires, laissant à l'avenir le soin de juger de l'efficacité de l'électricité dans ces terribles maladies scléreuses.

Mode opératoire. — L'auteur conseille toujours l'emploi des courants continus ou la galvanisation; sans se prononcer sur la valeur des cou-

rants centripètes ou centrifuges, il recommande en général le procédé suivant: comprendre le globe oculaire, les nerfs qui s'y rendent et les origines de ces nerfs dans le circuit électrique. — Appliquer un pôle fixe sur la nuque ou l'apophyse mastoïde, l'autre pôle mobile sur le front et les tempes. Séance de cinq à dix minutes avec une pile de Trouvé (sulfate de cuivre) de 4, 6, 8, 10 éléments petit format (cinq centimètres de diamètre), ou avec une pile de Gaiffe de force correspondante.

La méthode de M. le professeur Le Fort (courants de 2 éléments Trouvé, appliqués en permanence pendant toute la nuit, pôle sur la nuque et le front) rend de grands services par la commodité de son application et la continuité de son action.

Les deux méthodes peuvent être employées en même temps avec avantage. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Des contusions et des plaies contuses de l'urèthre et de leur traitement. — Les contusions de l'urèthre, d'après le travail de M. Bollard, peuvent, au point de vue de l'anatomie pathologique, présenter trois variétés: elles n'ont atteint que la partie pariétale, et alors l'épanchement de sang ne fait que conprimer une des parois du canal intact; elles ont produit une déchirure comprenant seulement une partie du canal; enfin, l'urèthre est complétement déchiré, au point que les bords de la déchirure ne se correspondent plus.

Ces distinctions sont importantes à connaître au point de vue du traitement, mais il faut tenir compte aussi de la région de l'urèthre qui a été atteinte. En effet, le pronostic est bien différent suivant que la lésion a porté sur une portion périnéale, car on a surtout à redouter l'infiltration d'urine, ou sur la portion pénienne, dans laquelle les plaies ont une grande difficulté à se cicatriser et restent si souvent fistuleuses. Enfin, quelle que soit la région à laquelle appartienne la déchirure, la cicatrisation amène toujours un rétrécissement à sa suite.

Le traitement est toujours difficile ou au moins délicat, et ses indications doivent être posées avec d'autant plus de soin, que le chirurgien doit intervenir dans la plupart des cas.

L'hémorrhagie est rarement abondante; cependant, si par hasard elle résistait à la compression, il faudrait aller à la recherche des vaisseaux, et les lier, plutôt que de cautériser avec le fer rouge.

La rétention d'urine, qui survient presque toujours, doit être traitée par le cathétérisme; si celui-ci ne réussit pas, la ponction hypogastrique, avec l'aspirateur du docteur Dieulafoy, doit être pratiquée. M. le professeur Gosselin est même d'avis de commencer par la ponction.

Si le cathétérisme est impossible, il faudra se résoudre à faire l'uréthrotomie externe, nettoyer le foyer sanguin et rechercher le bout postérieur do l'urèthre. L'emploi de la sonde à demeure souvent renouvelée doit être continué pendant quelque jours. Si la contusion a eu lieu dans la région pénienne, il vaut mieux, pour éviter une fistule, qui guérit difficilement, ouvrir l'urèthre directement en arrière du bulbe, pour laisser passer l'urine.

Le cathétérisme rétrograde par la vessie doit être réservé pour les cas où la ponction hypogastrique aurait été pratiquée préalablement, pour remédier à la rétention d'urine. (*Thèse de Paris*. 1875.)

Du traitement des tumeurs érectiles par les injections de perchlorure de fer unies à l'acupressure périphérique. — Frappé des inconvénients qui peuvent quelquefois résulter des injections de perchlorure de fer dans les tumeurs érectiles, et surtout de l'embolie veineuse, M. Duplouy, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Rochefort, a essayé d'empêcher cet accident.

Le procédé fort simple qu'il emploie, et que le docteur Briand nous fait connaître, a pour but d'intercepter la circulation dans les nævi, d'empêcher par suite que le perchlorure de fer injecté, ou les caillots formés, ne gagnent la circulation générale et ne donnent lieu aux accidents si redoutables de l'embolie.

Pour cela, il circonscrit la base de la tumeur érectile par un véritable polygone d'épingles ou d'aiguilles ordinaires. Il fait pénétrer la première épingle de la peau vers

les parties profondes le plus près possible des surfaces osseuses et la fait sortir à une distance de 1 centimètre environ. La deuxième épingle est ensuite introduite immédiatement par l'orifice de sortie de la première, et ainsi de suite jusqu'à ce que la tumeur soit entièrement environnée. Cela fait, on passe un fil ciré au-dessous des têtes et des pointes des épingles, et on exerce une légère constriction. On peut encore se servir de sutures entortillées.

Les vaisseaux se trouvent ainsi comprimés, d'une part, par les épingles passées en arrière d'eux, et d'autre part, par l'anse de fil. Par suite, la circulation périphérique est considérablement diminuée et la tumeur sanguine se trouve pour ainsi dire complétement séparée du reste de la circulation.

Pour plus de prudence, si l'on craint la communication des parties superficielles avec les parties profondes par voies anastomotiques, on peut traverser en outre la base du nœvus par deux épingles en croix et plus longues que les précédentes et sous lesquelles on passe également une anse de fil, dont on exerce la striction.

Les épingles doivent rester en place un quart d'heure environ. Cette opération peut se faire sans aides. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Du rôle de l'action musculaire dans les luxations traumatiques. — Cet important travail comprend deux parties distinctes. Dans la première, le docteur Terrillon envisage le rôle de l'action musculaire dans la production des luxations; dans la seconde, celui de l'action musculaire dans la réduction.

La première partie se divise elle-même en plusieurs chapitres secondaires, dans lesquels l'auteur passe successivement en revue les questions suivantes :

1° Les muscles sont un obstacle à la production des luxations;

2° Les muscles favorisent ou aident les luxations;

3° L'action musculaire seule suffit pour produire la luxation.

Ce dernier chapitre, comprend surtout une étude approfondie d'une question tour à tour admise avec faveur ou rejetée systématiquement par les chirurgiens de ce siècle, celle des *déplacements consécutifs* dans les luxations.

M. Terrillon admet ces déplacements, et voici comment, il s'exprime en ces termes :

« Pour résumer cette discussion si importante, nous pouvons dire qu'on doit admettre des déplacements consécutifs, surtout si on entend par là, ceux dans lesquels la tête articulaire est venue se placer à une certaine distance de la déchirure capsulaire ou dans une autre direction. Nous retrouverons cette dernière considération développée plus loin, à propos des difficultés qu'on rencontre dans la réduction des luxations. »

La deuxième partie intéresse principalement le clinicien et l'opérateur, et on y trouve exposés successivement les points suivants :

1° Les muscles sont un obstacle à la réduction dans les luxations récentes et dans les luxations anciennes;

2° Les muscles produisent la réduction (réductions spontanées) ;

3° Les muscles aident ou complètent la réduction (réductions consécutives).

Enfin, le travail est terminé par un chapitre important dans lequel M. Terrillon passe en revue les moyens employés pour combattre l'action musculaire quand elle est un obstacle à la réduction.

Un principe général sur lequel insiste beaucoup l'auteur, est celui qui, énoncé anciennement par Pouteau, fut repris dernièrement et développé par M. Rigaud, qui a décrit la méthode qui en dérive, sous le nom de *Méthode de rétrogradation*. Les anesthésiques, les machines à traction avec ou sans dynamomètre, les sections tendineuses, sont ensuite étudiées avec soin. (*Thèse d'agrégation*, 1875.)

Du traitement de la blennorrhée. — Le docteur Pouillet fait dans son travail un essai critique des divers modes de traitement conseillés pour guérir la blennorrhée chez l'homme, il montre que les véritables indications du traitement sont les suivantes :

1° Rendre au point malade sa vitalité normale à l'aide de médicaments ou d'instruments quelconques; 2° ne modifier que la partie affectée et respecter les surfaces

saines; 3° engendrer le moins de douleur possible; 4° éviter les accidents; 5° n'employer qu'un manuel opératoire facile et des instruments à la portée de tous les praticiens.

Le docteur Pouillet considère, comme le professeur Gosselin, que les injections faites par ses malades sont plus nuisibles qu'utiles : il repousse l'endoscope comme un appareil difficile à manier et trop coûteux, et l'insufflateur de Mallez, comme donnant lieu à des douleurs trop vives. L'appareil instillateur de M. le docteur Guyon, qui sert aussi dans d'autres affections que la blennorrhée, est d'un usage facile et d'un prix peu élevé. Mesurant rigoureusement la quantité employée du médicament, il est préférable à l'instrument plus primitif de M. Dubé.

Le principal inconvénient de ces deux méthodes réside dans les violentes douleurs qui suivent l'instillation de la solution caustique. Toutefois la durée du traitement est courte et les résultats fort satisfaisants.

La méthode curative par les bougies simples semble remplir toutes les conditions posées plus haut : introduction facile et presque indolore, irritation médicatrice et dilatation. Toutefois la guérison, bien que fréquente, ne suit pas fatalement l'emploi de ce mode de traitement.

Le docteur Pouillet repousse les sondes chargées de pommade médicamenteuse, mais fait une réserve pour le porte-remède Reynal au sulfate de zinc belladoné, et il conclut qu'à moins d'indications spéciales, on ne devra recourir à l'emploi de l'appareil de M. Guyon, qu'après avoir employé d'abord les bougies simples et continué le traitement, si besoin est, par l'usage du porte-remède Reynal. (*Thèse de Paris*, p. 271, 24 juillet 1875.)

De la transfusion du sang. — Cette thèse volumineuse renferme l'analyse de tous les travaux publiés sur ce sujet et l'indication de tous les cas dont la relation a été donnée. La description de tous les appareils employés jusqu'à ce jour, et principalement de ceux recommandés actuellement, est faite avec soin et accompagnée de figures explicatives. Après cette longue étude, M. le docteur Jullien, est quelque peu embarrassé pour tirer des conclusions rigoureuses, aussi est-ce avec une grande réserve qu'il termine son travail par une série de réflexions dont on peut extraire les plus importantes.

Après avoir indiqué comment un animal près de mourir d'hémorrhagie peut être rappelé à la vie par l'infusion du sang d'un animal de même espèce, il montre que si cette quantité est faible, son action est éphémère; que si, au contraire, elle est trop considérable, elle peut faire mourir l'animal de pléthore.

Le globule rouge seul, est l'agent essentiel, et la qualité comparative de sang veineux ou artériel ne mérite pas d'être discutée, pourvu que le sang soit naturel.

Le sang doit être pris toujours à un animal de même espèce, autrement on voit survenir des accidents, tels que l'hématurie.

Les cas dans lesquels on peut employer la transfusion sont variables : l'anémie aiguë, suite d'hémorrhagie, se présente la première, puis les empoisonnements, mais alors il faut pratiquer une saignée, enfin les maladies chroniques.

Le sang ne doit pas être défibriné. D'homme à homme, on doit employer le sang veineux, avec les appareils inventés par MM. Mathieu et Colin.

Une excitation générale et accompagnée de phénomènes sans importance, vomissements, rachialgie, dyspepsie, et suivie d'un sommeil tranquille; tels sont les phénomènes immédiats de la transfusion.

Ces effets sont de peu de durée, c'est à la thérapeutique générale à compléter l'œuvre. (*Thèse d'agrégation*, 1875.)

Des kystes thyro-hyoïdiens. — Au point de vue du siége anatomique exact et du développement des kystes thyro-hyoïdiens, on peut dire qu'il n'en existe que trois variétés qui seraient, d'après le docteur Victor Affre :

1° Ceux qui se développent dans une bourse séreuse préexistante (bourse séreuse de Malgaigne). Cette bourse se trouve entre la face antérieure de la membrane thyro-hyoïdienne et le corps de l'os hyoïde. Quelquefois elle s'étend de chaque côté sous les muscles thyro-hyoïdiens, et souvent elle est divisée en

deux, d'après le professeur Verneuil, par une cloison verticale ;

2° Ceux qui ont une origine glandulaire et qui siégeraient dans les glandules des culs-de-sac glosso-épiglottiques, d'après l'opinion émise par Nélaton ;

3° Ceux qui dépendent d'une cavité non préexistante ou d'un arrêt de développement au niveau des fentes branchiales (kystes à épithelium prismatique cilié).

Ces kystes sont des tumeurs médianes, fluctuantes, transparentes, adhérentes aux parties profondes avec lesquelles elles se continuent par un pédicule et immobilisées par la contraction des muscles de la région.

Mobiles avec le larynx, elles peuvent proéminer (certaines variétés) du côté de la base de la langue et faire une saillie dans l'arrière gorge facile à sentir avec le doigt, et capable de provoquer des accidents sérieux.

Au point de vue du traitement, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

L'expectation doit être préférée, toutes les fois que les fonctions de la respiration ou de la déglutition ne sont pas entravées, ou que le kyste n'est pas trop volumineux.

Quel que soit le mode de traitement employé tout d'abord, on sera toujours conduit à avoir recours dans la suite à l'extirpation complète, qui peut seule assurer la guérison. (*Thèse de Paris*, 1875.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Electrothérapie (Chorée parfaitement guérie par l'). Ermenegildo Verdinelli, *Il Galvani*, octobre et novembre 1874, p. 469.

Ponction aspiratrice sus-pubienne pour une rétention d'urine consécutive à une uréthrite aiguë. Guérison. William Rose, *the Lancet*, 29 janvier 1876, p. 171.

Trachéotomie pour hypertrophie du corps thyroïde, déterminant une dyspnée grave. Substitution à la canule ordinaire, trop courte, d'un long tube de caoutchouc. Guérison. Claird, *the Lancet*, 29 janvier 1876, p. 171.

Greffe cutanée, faite avec succès après une amputation de la jambe. Lloyd, *the Lancet*, 4 février 1876, p. 209.

VARIÉTÉS

Concours d'agrégation. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes :

Anatomie : MM. Cadiat et Farabeuf (Paris) ; M. Chrétien (Nancy).

Histoire naturelle : M. de Lanessan (Paris).

Chimie : MM. Bourgoin (Paris) et Engel (Nancy).

Physique : M. Gay (Paris).

Faculté de médecine de Paris. — Il résulte d'un relevé authentique que le chiffre des étudiants, au 10 février 1876, était de 6 421, dont 6 112 étudiants civils et 309 étudiants militaires. Le nombre des officiers de

santé (examens de réception) est de 23. Nous pouvons garantir l'exactitude de ces chiffres.

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Un concours pour deux places de médecin du Bureau central sera ouvert le jeudi 20 avril 1876, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mercredi 22 mars 1876, et sera clos définitivement le mercredi 5 avril, à trois heures.

CONGRÈS PÉRIODIQUE INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES. — 5e session. Genève, 1877. — Selon le vœu exprimé à Bruxelles par le dernier Congrès périodique des sciences médicales, et en exécution de la décision prise par les médecins suisses réunis à Olten, la ville de Genève a été désignée comme siége de la cinquième session du Congrès.

Un comité d'organisation a été nommé par la Société médicale du canton de Genève, de concert avec la section scientifique de l'Institut national genevois. Ce comité est ainsi composé :

Président, M. le professeur C. Vogt. — Vice-président, M. le docteur Cl. Lombard. — Secrétaire général, M. le docteur Prevost. — Secrétaires adjoints : MM. les docteurs d'Espine et Reverdin. — Membres : M. le professeur Mayor ; MM. les docteurs Dunant, Figuière, Julliard fils, Revilliod.

Le Congrès exclusivement scientifique durera une semaine ; il s'ouvrira le dimanche 9 septembre 1877. La langue officielle sera le français. Toutes les communications relatives, soit au Congrès, soit aux questions qui pourront faire l'objet de ses délibérations, seront reçues avec reconnaissance par le comité. Elles devront lui être adressées avant le 1er juin 1876, époque à laquelle le comité fixera définitivement les statuts, le programme, et nommera les rapporteurs.

Le Congrès s'ouvrira sous les auspices du conseil fédéral suisse et des autorités du canton et de la ville de Genève.

Toutes les communications relatives au Congrès doivent être adressées au secrétaire général, docteur Prevost, à Genève.

NÉCROLOGIE. — M. le professeur ANDRAL vient de mourir à l'âge de soixante-dix-neuf ans. Membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur, M. Andral, par son enseignement et par ses travaux, avait imprimé à l'École de Paris cette impulsion clinique et scientifique qui a porté à son apogée la réputation de cette école ; aussi la médecine française perd-elle en lui une de ses gloires. — M. le docteur BRONGNIART, professeur au Muséum, membre de l'Institut ; — Le docteur LETENNEUR, professeur à l'École de médecine de Nantes ; — Le docteur PERRIN, orientaliste distingué, mort à Alger ; — le docteur DELENTE, à Montrouge, à Paris ; — le docteur Auguste DELAPORTE ; — le docteur MORICE, de Crépin (Calvados) ; — le docteur David DUMBRECK, chef du service de santé de l'armée anglaise ; — le docteur Richard KING.

L'administrateur gérant : DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La granulie et l'extrait de feuilles de noyer;

Par M. le docteur A. Luton, de Reims.

I. Des faits certains, avec diagnostic contrôlé, nous permettent de donner les préparations de feuilles de noyer comme un moyen très-efficace contre l'affection dite *granulie* (S. Empis), quelle que soit sa localisation ; mais surtout dans sa forme la plus précoce et la plus diffuse.

Nous n'ignorons pas combien est discutable une pareille affirmation. Les objections se présentent ici en foule et ardentes ; mais toutes, en somme, se réduisent à celle-ci : Les cas que vous croyez avoir guéris comme étant de la nature de la granulie, et au moyen de l'extrait de feuilles de noyer, étaient de simples fièvres continues avec détermination thoracique, abdominale, cérébrale, etc., et ne dépassant pas le degré de la congestion et du catarrhe.

Le système qu'on nous oppose est trop facile, pour que dès l'abord nous n'en ayons pas tenu compte. Ce n'est même qu'après un long délai, et à la suite d'observations contradictoires, que nous nous sommes décidé à publier nos résultats, persuadé d'ailleurs qu'un plus grand ajournement serait coupable au double point de vue de la science et de l'humanité.

II. Le présent travail ne sera pourtant pas basé sur le récit de faits nombreux et circonstanciés; car le sujet ne comporte pas une telle manière de faire. Non pas que les occasions ne soient fréquentes, où l'on rencontre l'affection dont il s'agit : elles le sont peut-être plus qu'on ne le croit généralement ; mais ce qui manque surtout, c'est la rigueur du diagnostic. Il y aurait même de la présomption à introduire de la précision là où elle ne peut se trouver. Ce serait le meilleur moyen pour éveiller le doute que d'être par trop affirmatif dans des cas où l'opinion ne se forme que peu à peu, et plutôt par exclusion que par tel ou tel signe pathognomonique. Dès lors, pourquoi ajouter à l'incertitude inhérente au sujet l'inconstance de la forme propre aux observations recueillies à l'hôpital ou dans la clientèle de la ville? Faut-il flotter sans cesse entre une précision impossible et un arbitraire sans limites? Ce que nous voulons surtout, c'est que d'autres réus-

sissent là où nous avons réussi. Qu'importe une accumulation de faits dont nous pourrions accabler le lecteur, si demain celui-ci, essayant le même remède contre le même mal, vient à échouer? Irons-nous à notre tour invoquer cette fin de non-recevoir que nous redoutions pour nous-même, et contester une opinion que nous ne saurions non plus établir d'une façon rigoureuse? Notre but serait manqué, puisque nous voulons précisément mettre le praticien aux prises avec deux sortes de difficultés devant lesquelles nous n'avons pas reculé : d'abord, risquer un diagnostic qui embarrasse souvent le plus expérimenté; en second lieu, tenter une médication contre une maladie devant laquelle la thérapeutique actuelle se déclare impuissante.

III. Néanmoins, nous n'échapperons pas à la nécessité de rapporter à quelques types, destinés à éclairer l'observateur, des faits qui doivent être classés sous le titre de *granulie*. Ils rentrent facilement dans le cadre que voici : Il existe, d'abord, une forme de la maladie en quelque sorte commune et diffuse, la plus fréquente de toutes peut-être, et, disons-le, pour le répéter encore, la plus accessible au traitement que nous préconisons. Ensuite viennent se ranger un peu au hasard les autres types déterminés d'après la localisation prédominante de l'élément morbide (la granulation grise) ; tels que le thoracique, l'abdominal, le cérébral, etc. A mesure que le mal se définit mieux, il devient plus rebelle au traitement, pour résister tout à fait, on ne le sait que trop, à toutes les médications connues dans les cas les plus avancés de l'affection tuberculeuse.

IV. Nos types établis et l'indication thérapeutique étant fournie avec son double caractère de simplicité et d'urgence, formulons enfin notre traitement. Ici tout devient clair et facile. C'est l'extrait de feuilles de noyer dont nous avons presque exclusivement fait usage ; non pas l'extrait quelconque des pharmacies, mais bien l'extrait Grandval, préparé dans le vide, avec toutes les précautions imaginables, et presque sous nos yeux; car c'est à Reims même que se trouve l'officine où se fait cet extrait et tant d'autres. On peut même dire que si le Codex continue à admettre ces préparations d'un mérite si contesté et d'une composition si incertaine, ce sera grâce aux perfectionnements que l'art a apportés à leur confection et au soin qu'on mettra à les fabriquer.

Nous donnons l'extrait de feuilles de noyer aux doses de 1, 3 et 5 grammes dans une potion gommeuse, à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure dans la journée. On conçoit bien

d'autres manières d'employer ce médicament ; mais cela importe peu pour le moment.

Nous avons encore fait préparer une alcoolature de feuilles fraîches de noyer, dans les proportions prescrites (1 : 1) ; mais nous n'avons pas la même expérience à ce sujet que pour l'extrait. Il nous suffit d'indiquer les doses de 5 à 25 grammes, comme correspondant à la quantité d'extrait qu'on peut administrer. La potion serait aussi la meilleure forme médicamenteuse à adopter.

V. Les effets du remède sont prompts à se faire sentir. Dès le premier jour ils sont appréciables : La fièvre s'abaisse, la langue se nettoie, l'appétit renaît ; le malade semble en un mot revenir à la vie; toutes les fonctions, un instant suspendues ou perverties, reprennent leur cours habituel. Les accidents locaux qui existent s'atténuent parallèlement : l'appareil congestif, développé sur différents points où le mal tendait à se localiser, tombe comme par enchantement. Du côté de la poitrine surtout, tout semble se modifier d'instant en instant : la dyspnée cesse, les engouements pneumoniques se dissipent, les râles deviennent franchement humides et l'expectoration se fait sans peine pour tarir bientôt. Vers l'abdomen, le météorisme s'affaisse, les selles se modèrent et reprennent leur aspect normal, l'épanchement ascitique se résorbe. Quant à la forme encéphalique, nous serons à son égard moins encourageant ; car le plus souvent la médication est intervenue trop tard, et l'on a été débordé par la rapidité des accidents, sans compter que la tendance au vomissement peut empêcher l'absorption du médicament. Pour ce cas particulier, il y aurait lieu de donner l'extrait de noyer en lavement ; ou bien, si l'on parvient à en dégager un principe actif cristallisable ou soluble, on aurait recours à la méthode hypodermique. En dépit de ces difficultés, nous avons la ferme conviction d'avoir prévenu ou enrayé de véritables cas de méningite tuberculeuse, et cela grâce au moyen que nous indiquons. Peut-être n'avons-nous eu affaire qu'à de l'hydrocéphalie symptomatique de la granulie, et alors que la méningite proprement dite ne s'était pas encore déclarée? C'est à l'observation ultérieure de dire si nous avons trop présumé de notre pouvoir, ou bien si nous sommes dans le vrai. Mais, qu'on le sache, il faut agir sans retard, et au risque de laisser un doute perpétuel planer sur le fait observé. Mieux vaut aller au plus pressé et marcher dans les ténèbres, que de sacrifier aux exigences d'un diagnostic trop raffiné.

VI. Comment agit l'extrait de feuilles de noyer? Nous l'ignorons encore. Aucun détail de la composition de cette substance, aucune propriété physiologique à elle attribuée ne nous mettent sur la voie de son mode d'action. Peut-être admettra-t-on que c'est là un tonique banal, relevant les forces intimes, et invitant la nature médicatrice à accomplir son œuvre de réparation. Dans ce sens la feuille de noyer a déjà été employée avec succès, par Négrier (d'Angers), contre les manifestations les plus bénignes de la scrofule ; et nous ne pouvons que souscrire à ce qui a été dit de favorable sur cette médication. Ou bien il y aurait là un *spécifique* qui irait détruire la vitalité de la granulation grise, supposée animée et vivant pour son propre compte. Ce serait alors une sorte de parasiticide tout à fait spécial pour le cas indiqué. On comprendrait ainsi comment l'efficacité du remède irait en s'affaiblissant à mesure que le mal se localise davantage, et qu'il a dépassé une certaine phase de son évolution. C'est que dans ces conditions le germe déposé a pris droit de domicile, et qu'il s'est greffé sur le support : à la façon de l'ovule qui, arrivé dans la cavité d'incubation, s'y rattache de plus en plus par ses villosités ou racines, et acquiert une vitalité moins facile à détruire ; sans compter que le travail d'adaptation du milieu nourricier constitue dans l'état morbide un cas parfois irrémédiable à son tour. L'action du remède se présenterait donc ici sous un double aspect, soit qu'il réussisse du premier coup à neutraliser le principe morbide en voie de localisation, soit qu'il éveille autour de cette espèce d'épine pathologique une excitation qui aboutit à son élimination. Dans aucun de ces deux cas on ne peut nier le caractère de spécificité de l'agent proposé ; car il semble convenir exclusivement à la circonstance créée, et nul autre que lui ne paraît convenir aussi bien pour l'effet attendu.

VII. Nous n'ignorons pas que les spécifiques ne sont pas en honneur dans l'école moderne, et nous considérons comme étant une grande hardiesse de nous élever contre une opinion qui rallie les savants les plus recommandables de notre époque ; mais les convictions ne s'imposent pas. Déjà nous avons eu l'occasion de discuter cette doctrine de la spécificité dans un précédent travail (LE DUALISME SPÉCIFIQUE, *Mouvement médical*, 24 avril 1875) ; et nous avons conclu, bien entendu, pour l'affirmative. Du reste, soit sciemment, soit par une coïncidence singulière qui semblerait indiquer que ces idées sont dans l'air et qu'elles sont mûres

pour la discussion, on voit des professeurs de la Faculté de médecine de Paris (MM. Béhier, Gubler, Sée) profiter de la moindre occasion pour attaquer dans la spécificité et le mot et la chose. De même un savant connu, M. Hirtz, vient, dans le *Journal de Thérapeutique* (1876, n° 1) de poser la question de l'unité pathologique et de l'unité thérapeutique. C'était le cas ou jamais de conclure à la spécificité, puisque précisément notre mémoire « sur le Dualisme spécifique » avait pour base la démonstration séparée de ces deux unités, qu'il nous suffisait ensuite d'opposer l'une à l'autre pour arriver au but que nous poursuivions. Mais l'auteur, dont l'intention est difficile à saisir, ne paraît pas décidé à rompre avec les préceptes de l'école. Ce n'est pas ici le lieu de reprendre les arguments qui ont fait de nous l'un des champions contemporains d'une chose bien ancienne, et qui couve, en dépit d'affirmations contraires, au fond de la pensée de plus d'un soi-disant médecin physiologiste. Nous trouvons même dans cette affectation à protester contre la recherche des spécifiques, et à faire publiquement acte de physiologisme dans le diagnostic et dans le traitement des maladies, comme une preuve de doute intime, et comme un sentiment vague de l'impuissance de l'effort que l'on accomplit. Mais, sans revenir sur un sujet dont on lira les détails où nous avons dit, nous ne pouvons cependant nous empêcher de rappeler l'ensemble de notre œuvre qui, d'une façon presque inconsciente, offre une homogénéité incontestable dans toutes ses parties. Que prétendons-nous, en face d'un pareil résultat? Rien que faire ressortir les mérites de ce dualisme antagoniste entre deux unités bien définies, la *maladie* et le *remède* : la première, unité complexe dominée par un élément pathogénique parfaitement déterminé ; la seconde agissant, non par la vertu de ses propriétés physiologiques, mais bien avec cette signification toute spéciale de *médicament*. Toute question thérapeutique bien posée doit aboutir à cette formule si simple : le reste, ce sont les illusions de la médecine des symptômes, c'est le chaos de la polypharmacie palliative.

Mais qu'importe après tout la théorie de la nouvelle médication ? Que l'on veuille bien seulement tenir compte des chances de guérison que nous introduisons là où autrefois il n'y avait qu'une maladie réputée fatalement mortelle, et nous croirons encore avoir assez fait pour l'honneur de la science.

Du traitement de l'athrepsie (1);

Par M. le professeur Parrot,
Médecin de l'hospice des Enfants assistés.

Messieurs,

.... L'athrepsie est une maladie qu'il est en notre pouvoir de faire naître, car nous pouvons toujours provoquer les accidents du début; et cela fait, il nous est aisé de la mener jusqu'à la terminaison fatale. Donnez-moi un nouveau-né aussi robuste que vous puissiez l'imaginer et j'en ferai sûrement un athrepsié, car il n'est pas un enfant qui résiste à l'action délétère des deux grandes causes que je vous ai signalées : l'influence nosocomiale et une mauvaise alimentation.

Pendant le siége de Paris (1870-1871), tous ceux qui furent amenés à l'hospice, et beaucoup étaient bien développés et robustes, succombèrent sans exception à ce mal — en dépit des soins de toute sorte dont ils furent entourés — parce qu'ils étaient entassés dans nos salles et que nous n'avions pas de nourrices.

Il nous est beaucoup moins facile de prévenir les accidents, et surtout de les combattre et de les arrêter. Vous n'en pouvez douter en vous rappelant tout ce qui précède. Soyez pourtant convaincus que l'hygiène et la thérapeutique, loin de rester impuissantes, vous rendront de très-grands services ; car le tableau n'est pas toujours aussi sombre que je vous l'ai présenté. N'oubliez pas, en effet, que nous sommes à l'hospice des Enfants assistés, c'est-à-dire dans une de ces maisons où il semble que

(1) Nous empruntons aux très-remarquables leçons de M. Parrot sur l'athrepsie, celles qui ont trait plus particulièrement au traitement de cette affection et qui nous paraissent présenter un très-haut intérêt pratique ; ces leçons qui ont été faites à l'hospice des Enfants assistés et recueillies par M. E. Troisier, ont été publiées dans le *Progrès Médical* (années 1875 et 1876 et particulièrement nos 7, 8, 9, 10, 1876). Sous le nom d'*athrepsie*, M. le professeur Parrot comprend l'ensemble des symptômes qui caractérisent la *dénutrition* chez les enfants du premier âge; il en a décrit avec une grande netteté l'anatomie pathologique et la symptomatologie; il a surtout montré que cette affection présentait deux périodes, dans l'une : l'alimentation mauvaise ou insuffisante détermine d'abord les lésions locales du tube digestif, puis, dans l'autre, les lésions se généralisant aux autres viscères, opposent désormais un obstacle presque insurmontable à la nutrition du jeune être.

Le Comité de rédaction.

tout se réunisse pour engendrer le mal et lui imprimer une marche funeste.

Lorsque les enfants sont isolés et dans un milieu sain, comme ils se présentent habituellement dans la pratique de la ville, tout est moins grave ; et il est rare qu'à l'aide d'un traitement bien institué, l'on ne parvienne pas à triompher du mal.

Avant de vous dire comment il faut traiter les athrepsiés, je crois devoir vous présenter quelques considérations sommaires sur le régime alimentaire des jeunes enfants. J'aurais pu les placer à la fin de la deuxième leçon, mais comme nous puiserons dans ces règles d'hygiène plusieurs moyens thérapeutiques précieux, il m'a semblé que la meilleure place à leur donner était celle-ci.

Tout nouveau-né doit être allaité par sa mère, ou, à son défaut, par une nourrice étrangère et il ne doit prendre d'autre aliment que le lait qu'il tire du sein.

Pour bien comprendre l'importance de ce précepte, reportez-vous à ce qui a été dit de la nutrition avant et après la naissance. Rappelez-vous que, pour le nouveau-né, la mamelle est l'équivalent du placenta ; que le lait de la mère est presque le sang que naguère elle lui donnait (1) ; et que l'arracher au sein, c'est rompre tous ses liens maternels, c'est l'exposer à ces troubles digestifs, dont les conséquences sont parfois si redoutables.

Il est quelques cas pourtant où la mère ne peut pas nourrir ; alors vous devez exiger qu'elle laisse à une nourrice mercenaire le soin d'allaiter. Et je vous signale ici l'une des circonstances où votre responsabilité médicale sera le plus engagée, où votre fermeté sera mise à la plus rude épreuve. La femme qui ne veut pas nourrir ne manque jamais de prétextes pour se soustraire au plus naturel des devoirs ; et votre raison aura bien peu de prise sur son caprice et son égoïsme. Mais, je vous l'affirme, ce n'est pas à combattre ces mauvaises mères que vous aurez à vous efforcer le plus ; vos luttes les plus pénibles seront contre celles qui, mues par un sentiment excessif de la maternité, n'admettent pas qu'un obstacle puisse les priver de nourrir leur enfant. Rien n'empêchera ces trop bonnes mères de satisfaire ce besoin.

---

(1) « Le sang monte aux mamelles, dit Ambroise Paré, et se convertit en lait, qui n'est qu'un sang blanchi, lequel l'enfant suce et tette jour et nuit. »

Celles qui céderont momentanément, vaincues par l'évidence des faits, ne seront pas toujours maîtresses de leur résolution, tant est impérieuse la fonction génératrice. J'en ai vu qui, le jour surveillées, n'osaient rompre leur parole ; mais qui, la nuit, abandonnées à toute l'impulsion de leur instinct, dans un élan de fureur jalouse, arrachaient leur enfant des bras de sa nourrice, pour lui présenter leur sein souvent tari, mais d'où leur venait, par le contact de ses lèvres, la pleine satisfaction de leurs désirs.

Après vous avoir averti que tous les obstacles que vous offrira la pratique ne sont pas du chef de la maladie, revenons à celle-ci, et voyons dans quelles circonstances vous devez interdire l'allaitement maternel.

L'obstacle peut venir de la mère ou de l'enfant. Le premier cas est le plus fréquent.

Nous y avons déjà fait allusion à propos de l'étiologie, mais il n'y a aucun inconvénient à y revenir. Il peut se faire que la nouvelle accouchée n'ait pas de lait, que l'apparition de celui-ci soit très-tardive, ou bien que sa quantité, d'abord suffisante, diminue notablement, après six semaines, deux mois, au moment du retour des fonctions utéro-ovariennes ; que ses mamelons s'excorient ou se gercent ; que des abcès lui viennent aux seins ; qu'elle soit anémique, débile, ou sujette à des attaques nerveuses, qu'on redoute les atteintes de la diathèse tuberculeuse ; ou bien enfin qu'il se déclare chez elle, une affection fébrile aiguë. Dans tous ces cas, vous devez donner à l'enfant une nourrice étrangère.

D'autres fois, la mère peut allaiter ; mais l'état du nouveau-né s'oppose à ce qu'elle le fasse. Supposez, en effet, qu'il ne soit pas à terme ou qu'il soit atteint de faiblesse congénitale : l'eau sucrée, la décoction de gruau et toutes les autres boissons que l'on donne en attendant le lait maternel, sont insuffisantes. Il faut *immédiatement* le lait d'une nourrice qui, seul, est capable de ranimer l'enfant et de le faire vivre. S'il a un bec-de-lièvre, une division du voile du palais, ou s'il est atteint de syphilis héréditaire, et que, dans ce dernier cas, la mère ne paraisse pas infectée, on le nourrira à la cuiller, au biberon, avec du lait d'ânesse, de chèvre ou de vache, suivant la tolérance de son tube digestif.

Lorsque vous serez obligés de choisir une nourrice pour l'enfant dont la santé vous sera confiée, je vais vous dire brièvement ce que vous devez rechercher, pour mettre de votre côté le plus de chances favorables.

La bonne nourrice est celle qui fait un beau nourrisson ; c'est assez vous dire que vous ne la connaîtrez qu'à l'usage. Telle femme se présentant dans les meilleures conditions laissera péricliter un enfant qu'une autre, de beaucoup moins belle apparence, ne tardera pas à rendre prospère ; toutefois, voici les garanties que vous exigerez.

La nourrice aura de vingt-cinq à trente-cinq ans ; elle sera accouchée depuis deux mois au moins, et non depuis plus de quatre ou cinq (1) ; elle devra présenter tous les attributs d'une bonne constitution et d'une santé actuellement bonne. Elle ne portera aucune trace d'une affection constitutionnelle ou diathésique et vous vous assurerez avec le plus grand soin qu'il n'existe aucun indice qui dénote chez elle la syphilis. Les seins, volumineux, assez fermes, mais souples et sans aucune dureté, seront mobiles sur la poitrine. Une vascularisation superficielle y marquera l'activité fonctionnelle. La palpation y fera découvrir un tissu glandulaire abondant et peu de graisse. L'aréole sera foncée ; le mamelon allongé, un peu plus volumineux à son extrémité qu'à sa base, s'érigeant aisément, sans être trop sensible, couvert d'un tégument assez endurci pour être à l'abri des gerçures et des érosions. Il faut qu'en pressant le sommet du sein, on en fasse jaillir sans peine, comme d'une pomme d'arrosoir, une gerbe lactée. Le lait, d'un blanc très-légèrement bleuâtre, fluide et sans saveur bien prononcée, ne présentera, à l'examen microscopique, ni corpuscules de colostrum, ni hématies, ni leucocytes. Enfin, et ce moyen d'information est certainement le plus précieux, vous examinerez l'enfant, dont la belle apparence sera le meilleur garant des qualités de la mère. (2)

Lorsqu'une nourrice réunit toutes ces qualités, il y a de grandes chances pour que le nouveau-né que vous lui confierez, s'il est dans un bon état, y reste et pour qu'il recouvre la santé

(1) Les femmes les plus aptes à nourrir, suivant M. Jacquemier (*Manuel des accouchements*, t. II), sont celles qui, âgées de dix-huit à trente-cinq ans, ont un lait de six semaines à quatre mois. Mais il ajoute que l'on peut sans inconvénient sérieux prendre une nourrice accouchée depuis cinq ou six mois.

(2) On voit souvent, dit Désormeaux, des femmes dont le lait est de médiocre qualité, faire de leurs enfants de très-beaux élèves, et n'en faire que de forts chétifs des enfants étrangers qu'on leur a confiés d'après la bonne apparence de leur nourrisson.

s'il l'avait perdue. Mais, je vous le répète, vous n'en aurez la certitude qu'après l'épreuve faite (1).

Il ne faut pas pour un motif futile, pour un dérangement passager dont vous triompherez sans peine, changer une nourrice; et ce n'est, en général, qu'après un certain nombre de jours que l'on peut juger ce dont elle est capable; mais toutes les fois que vous aurez acquis la conviction que son lait n'est pas celui qu'exige l'enfant, n'hésitez pas à la remplacer par une autre, et cela, autant de fois que vous le jugerez nécessaire; car votre responsabilité y est engagée. L'alimentation de la nourrice doit être très-réparatrice; car si elle était insuffisante habituellement elle déterminerait la sécrétion d'un lait séreux et peu récrémentitiel; mais il importe peu que ce soit la viande ou les végétaux qui y dominent.

C'est toutes les deux heures seulement que la nourrice doit présenter le sein à l'enfant durant le jour, car la nuit il est bon qu'il dorme le plus possible, et par exemple, de huit heures du soir à six heures du matin, deux et trois tetées sont suffisantes. Quand il est bien portant et qu'il a dépassé deux mois, on peut se contenter de l'allaiter toutes les trois heures. Les intervalles entre les repas seront toujours proportionnés à l'âge et croîtront à mesure que l'on introduira dans le régime des aliments autres que le lait. Toutefois, ils ne doivent pas être éloignés, parce que, suivant la remarque de M. Péligot, le lait en séjournant dans les mamelles s'appauvrit (2).

---

(1) La couleur des cheveux, à laquelle semblent tenir encore un certain nombre de praticiens, n'a aucune importance. Les raisons qu'ils pourraient donner de leur préférence ne seraient pas meilleures que celles d'Ambroise Paré cherchant à justifier ce précepte : que la nourrice ne devait pas être rousse, mais brunette. Il les empruntait à Sextus de Chéronée. « Ainsi, dit-il, que la terre noire est plus fertile que n'est la blanche ; par semblable, la femme brunette porte toujours le lait le plus substancieux. »

(2) Voici d'après M. Ruzet, la quantité de beurre trouvée dans 100 parties de lait d'une femme de vingt-sept ans, nourrice et accouchée depuis onze mois :

Avant de donner le sein.	Après avoir donné le sein.
2,0	1,9
3,3	4,1
3,9	7,4
3,3	7,0

M. Milne-Edwards (*Leçons sur la Physiologie et l'anatomie comparée*,

Dans quelques cas exceptionnels, ces règles ne peuvent être suivies : c'est alors que les enfants sont nés débiles ou ont été affaiblis par la maladie. Les repas seront alors très-peu copieux et l'on devra les multiplier. Fréquemment la nourrice tirera du lait de son sein, et, à l'aide d'une cuiller préalablement chauffée, le fera boire à l'enfant qu'elle réveillera pour l'alimenter ; car il serait dangereux de le laisser plongé trop longtemps dans la somnolence où le met sa faiblesse ; elle l'agitera même de temps en temps, pour le faire respirer, crier, pour le faire vivre.

Dans ce cas, le lait consommé restera bien au-dessous de celui que pourrait donner la nourrice ; aussi veillerez-vous très-attentivement à ce que les seins soient tetés par un autre enfant ou vidés artificiellement. Si l'on n'agissait de la sorte, la lactation diminuerait rapidement et, plus tard, serait tout à fait insuffisante (1).

L'allaitement naturel doit être prolongé le plus longtemps possible et, si rien n'y met obstacle, l'enfant sera nourri d'une ma-

---

Paris, 1868, t. IX, p. 158) explique cette différence de la manière suivante :

« C'est, dit-il, dans les ampoules initiales des conduits lactifères que naissent et se développent les utricules sécrétoires qui fournissent les matières grasses et les autres substances solides les plus importantes du lait, tandis que l'eau plus ou moins chargée de matières albuminoïdes et salées, y est ajoutée par les parois membraneuses des conduits galactophores, qui ne sont pas aptes à secréter les produits laiteux par excellence. Il en résulte que plus le lait fourni par les ampoules traversera rapidement cette portion excrétoire des glandes mamaires, moins il sera aqueux. »

(1) Comme chez la femme, dit M. Jacquemier (*Manuel des accouchements*, t. II, p. 803), la quantité de lait sécrété, se met en quelque sorte en rapport avec la consommation faite, un enfant fort, d'un grand appétit, qui tette souvent, et vide complétement le sein, sans toutefois fatiguer la nourrice, porte la sécrétion au plus haut degré d'activité qu'elle peut atteindre, et reçoit le lait dans les conditions où il est plus riche en principes nutritifs ; tandis qu'un enfant peu développé, faible, laissant chaque fois qu'il prend le sein une plus ou moins grande quantité de lait séjourner dans les mamelles, n'en prend que la partie la plus séreuse, et réduit bientôt la sécrétion dans la proportion de ses besoins. Mais si l'enfant très-faible, soit parce qu'il est né prématurément, soit parce qu'il est maladif et que cet état se prolonge, ne peut pas entretenir une sécrétion suffisante, les mamelles sont d'abord exposées à s'enflammer, puis le lait se tarit. Il arrive assez souvent que des enfants nés dans ces conditions, après avoir perdu le lait de la mère, perdent aussi celui d'une bonne nourrice ; et à la fin, celle-ci, la première victime, est accusée par la famille, et souvent par le médecin consulté tardivement, d'avoir nuit à l'enfant.

nière exclusive avec le lait du sein, jusqu'à huit ou dix mois. Mais il est un assez grand nombre de cas où l'on doit beaucoup plus tôt y ajouter d'autres aliments. C'est surtout lorsque la mère, voulant nourrir, reste au-dessous de sa tâche. D'abord, on donne une ou deux fois dans les vingt-quatre heures du lait de chèvre ou de vache; puis, vers cinq ou six mois, on commence l'usage de crèmes préparées avec du lait et de la fécule de riz, ou de l'arrow-root, qui, vous le savez, n'est autre chose qu'une fécule extraite des tubercules d'une amomacée (1) et débarrassée d'une huile volatile qui s'y trouve naturellement. C'est son extrême finesse qui la rend très-recommandable en pareil cas. Je préfère ces aliments à ceux que l'on prépare avec la farine de froment, ou bien encore avec le gruau d'avoine, que l'on a conseillé à cause de sa richesse en matières grasses et en principes albuminoïdes. Ces bouillies très-nourrissantes trouvent leur usage à une période plus avancée. L'on y joindra des potages gras au tapioca et des œufs frais, très-mous, que l'on fera prendre à l'aide d'une cuiller.

Au moment de l'introduction de ces éléments nouveaux dans le régime de l'enfant, vous le surveillerez très-attentivement, prêts à le remettre exclusivement au sein, s'il survenait des troubles digestifs et vous n'y reviendrez que plus tard.

A quelle époque devra-t-on sevrer l'enfant, c'est-à-dire lui retirer complétement le sein? Trousseau, qui, avec la plupart des observateurs, regardait l'évolution des dents comme exerçant une influence considérable sur la santé et notamment sur l'état du tube digestif, attendait pour effectuer le sevrage que le travail d'évolution des canines, qui est le plus laborieux, fût complétement effectué. Sans tenir compte de l'âge, il exigeait donc seize dents.

Je ne puis me ranger à cette manière de voir, et j'estime que c'est bien plutôt l'âge que l'état de la dentition qu'il faut consulter. Aussi, lorsqu'un enfant a été graduellement habitué à prendre les aliments que je vous ai précédemment indiqués, et qu'il les digère bien, je le laisse sevrer entre douze et quinze mois.

D'ailleurs je ne vois aucun inconvénient à suivre un second précepte de Trousseau, qui conseillait de ne sevrer qu'après l'évolution complète d'un même groupe dentaire.

Après vous avoir parlé de l'*allaitement naturel*, c'est-à-dire de celui qui se fait exclusivement au sein, et de l'*allaitement mixte*,

(1) Le *Maranta arundinacea*.

dans lequel la ration insuffisante fournie par la mère ou la nourrice est complétée par un autre lait, il me reste à vous dire quelques mots de l'*allaitement artificiel*. Vous n'y aurez recours que dans des cas extrêmes ; par exemple, lorsque le lait de la mère faisant défaut, vous ne pourrez vous procurer une nourrice ; ou bien encore, lorsque l'enfant sera syphilitique.

Il y a deux manières de le pratiquer. L'une, qui ne peut être employée que dans des conditions exceptionnelles et qui partant est peu usitée, bien qu'elle soit recommandable, consiste à remplacer le sein de la femme par la tétine d'un animal, de la chèvre, par exemple, qui se prête mieux que tout autre à cette pratique. Le lait passant ainsi directement de ses réservoirs naturels dans la bouche, puis dans l'estomac de l'enfant, ne perd pas sa température normale et n'est pas altéré par le contact de l'air ou d'autres objets étrangers, conditions qui rendent sa digestion plus facile.

La seconde méthode, de beaucoup la plus usitée, consiste dans l'emploi du biberon ou d'un autre vase. Il faut considérer ce mode d'allaitement comme très-fâcheux, et c'est à son emploi qu'est due pour une part considérable la mortalité qui sévit sur les enfants des hospices, des crèches, et même sur un grand nombre de ceux que des nourrices mercenaires mal surveillées alimentent de la sorte au lieu de leur donner le sein. Cependant, je dois reconnaître que si l'usage du biberon est en général mal toléré dans les grands centres d'habitation, et surtout dans les maisons hospitalières, il donne souvent des bons résultats à la campagne, quand son administration y est très-soignée.

Le premier, et le plus grave des inconvénients de l'allaitement artificiel, vous le comprenez bien, consiste dans la substitution au lait de la femme de celui d'un animal, qui n'arrive dans l'estomac de l'enfant qu'après avoir subi une série de manipulations toujours fâcheuses. Mais ce n'est pas seulement par là que le manque de la nourrice se fait sentir. C'est elle, en effet, qui porte l'enfant, qui varie ses attitudes, qui le change, qui le distrait, qui l'anime de mille façons. Or, toutes ces conditions de santé, je pourrais dire de vie, font défaut à celui que l'on élève au biberon, car dès qu'il a pris son repas on l'installe dans son berceau, où il fait des séjours beaucoup trop longs, car l'immobilité qu'il y trouve, et qui finit par lui plaire, est très-préjudiciable à sa santé.

L'usage du biberon exige certaines précautions. Il importe surtout que les repas ne soient pas trop copieux. Quand l'enfant tette, il est bien rare qu'il absorbe trop de lait, car la peine qu'il prend à le tirer est une sorte de frein à son appétit et à la fécondité du sein. Au contraire, le lait du biberon arrive sans effort dans la bouche et est pris souvent en excès. En outre, il se coagule plus facilement que le lait de femme et forme dans l'estomac une masse solide, dont la digestion très-laborieuse jette l'enfant dans l'abattement et la torpeur. Il est donc nécessaire de déterminer la quantité de lait qui peut être donnée sans inconvénient à chaque repas et de ne pas la dépasser.

Il y a deux manières d'arriver à ce résultat : l'une consiste à prendre pour base d'appréciation l'allaitement par le sein et à fixer, d'après la quantité de lait maternel établie par l'observation, la quantité correspondante de lait de vache, en tenant compte, bien entendu, des différences qui existent entre ces deux sortes de lait ; l'autre, dans laquelle on observe directement des enfants élevés au biberon.

La première a été le plus habituellement mise en usage. Vous n'exigerez pas que nous passions en revue tout ce qui a été dit là-dessus ; il me semble suffisant de vous indiquer les résultats les plus connus, et surtout ceux que des procédés rigoureux rendent dignes de notre confiance.

C'est par des pesées faites à l'aide d'une balance, que l'on arrive le plus sûrement à déterminer la quantité de lait que prend un enfant à la mamelle, soit à chaque tetée, soit dans les vingt-quatre heures. A Natalis Guillot l'on doit d'avoir introduit ce mode d'expérimentation dans la pratique ; et l'opinion qu'il a professée, après l'avoir mise en usage, est d'autant plus digne d'être examinée, qu'on l'a citée partout, et que plusieurs médecins la considèrent encore aujourd'hui comme très-exacte. « Je ne crois pas exagérer, dit-il, en avançant qu'il y a des enfants qui prennent, à la fin du premier mois, 2 kilogrammes de lait par jour, et qui s'accroissent régulièrement, dans la période diurne de plus de 50 grammes » ; et, plus loin, il ajoute « que, pour un enfant sain, la quantité de lait que doit fournir une nourrice doit être supérieure à 1000 grammes. »

Cette évaluation est manifestement exagérée. Pour s'en convaincre, il suffit de considérer comment opérait l'auteur que nous citons. Il disait qu'un enfant fait de vingt à trente tetées par jour,

soit, en moyenne, vingt-cinq ; et, pour savoir la quantité de lait qu'il prend dans une période diurne, il multipliait par ce chiffre 25 le poids d'une tetée, trouvé d'ailleurs très-aisément, en pratiquant deux pesées : l'une immédiatement avant la mise au sein, l'autre aussitôt après la fin du repas. C'est en procédant de la sorte qu'il est arrivé à admettre qu'un enfant prend :

A 2 jours.....	675 gr. de lait.		A 30 jours.....	2400 gr. de lait.	
A 5 —	2 500	—	A 36 —	1 480	—
A 18 —	2 975	—	A 41 —	2 075	—

On saisit sans peine ce qu'il y a de vicieux dans ce procédé, et d'où vient l'erreur commise. Et d'abord, au lieu de prendre le poids d'une seule tetée, Natalis Guillot aurait dû, comme on l'a fait depuis, les peser toutes ; car on sait, lorsqu'elles sont très-nombreuses, combien elles sont inégales. Ensuite, il est impossible d'admettre le chiffre de 25 comme représentant le nombre des tetées faites, même par un très-jeune enfant, en estimant, dès le second jour, chacune d'elles à 27 grammes. Comme nous allons le voir tout à l'heure, ces chiffres sont beaucoup trop élevés. Mais, ceci dit, il faut savoir gré au médecin qui nous les a fait connaître, d'avoir préconisé une méthode qui, perfectionnée par ses successeurs, les a conduits à des résultats d'une remarquable exactitude.

C'est dans la thèse inaugurable de M. le docteur Bouchaud, ancien interne de la Maternité, publiée en 1864, que l'on trouve les renseignements les plus précis sur le sujet qui nous occupe ; et les précautions dont il s'est entouré, le nombre de ses expériences doivent les faire considérer comme l'expression la plus rapprochée de la vérité.

Il a fait, pour les divers sujets mis en observation, les pesées de toutes les tetées dont le nombre, contrairement à ce que supposait Natalis Guillot, était, pour vingt-quatre heures, de huit à dix seulement. En procédant de la sorte, il a établi que le poids de ces tetées était en général, pendant les quatre premiers jours, de 3, 15, 40 et 55 grammes ; que, pendant les premiers mois, il s'élevait à 60 ou 80 grammes ; et après cinq mois, à 100 et 130 grammes. En additionnant toutes les tetées faites dans une période diurne, il a donné les chiffres suivants comme représentant la moyenne de la quantité de lait prise

en vingt-quatre heures par un enfant, depuis la naissance jusqu'à neuf mois.

Premier jour........	30 gram.		Après le premier mois..	650 gram.
Deuxième jour.......	150 —		Après le troisième mois.	750 —
Troisième jour.......	450 —		Après le quatrième mois	850 —
Quatrième jour.......	550 —		Et de six à neuf mois..	950 —

Ces chiffres sont beaucoup moins élevés que ceux donnés par Natalis Guillot; j'en ai contrôlé l'exactitude par des expériences qui me sont propres.

En les prenant comme un point de repère très-sûr, M. Jacquemier a cherché à déterminer la ration de lait de vache nécessaire à un enfant soumis à l'allaitement artificiel. Il fait observer que ce dernier lait contient beaucoup plus de caséine, de beurre et de sels que celui de femme, mais qu'il est moins riche en sucre et en eau; et il admet qu'en l'étendant de un tiers de ce liquide, et en ayant soin d'y ajouter un vingt-cinquième de son poids de sucre, on arrive à imiter approximativement le lait de femme (1).

D'après cela, j'ai dressé le tableau suivant, qui représente en poids la quantité de lait de vache nécessaire à l'alimentation d'un enfant depuis la naissance jusqu'à neuf mois.

Premier jour.........	20 gram.		Après le premier mois.	434 gram.
Deuxième jour.......	100 —		Après le troisième mois.	460 —
Troisième jour.......	300 —		Après le quatrième mois	566 —
Quatrième jour.......	366 —		Puis de six à neuf mois.	634 —

(1) Se basant sur les données fournies par la chimie et la physiologie expérimentale, M. Ph. Biedert dit que la difficulté avec laquelle est digérée la caséine du lait de vache fait que l'on ne doit donner à l'enfant qu'une quantité de celle-ci telle, qu'elle soit complétement digérée, et qu'il faut y ajouter de la graisse et du sucre de lait. Une formule très-convenable est la suivante :

Crème............................	$\frac{1}{8}$ de litre.
Eau................................	$\frac{3}{8}$ de litre.
Sucre de lait.......................	15 grammes.

Ce mélange renferme 1 pour 100 de caséine ; 2,4 pour 100 de beurre et 3,8 pour 100 de sucre de lait. On peut augmenter la proportion de lait, par conséquent de caséine, avec l'âge. (*Virchow's Archiv.*) — Voir aussi Kenrer, Die erste Kindernagrung in *Vabekmann's Sammlung* (*Centralblatt f. Wissensch.*).

Bien que, rigoureusement, ces données eussent pu nous suffire, j'ai cru devoir les contrôler par la détermination directe de la quantité de lait que prend un enfant élevé au biberon, en opérant, comme M. Bouchaud l'avait fait, pour ceux élevés au sein. Douze enfants de différents âges, et choisis parmi les plus robustes, ont été mis en expérience à la crèche de cet hospice. On les a nourris exclusivement au lait de vache pur, qu'ils prenaient six fois dans vingt-quatre heures, et on les a pesés immédiatement avant et après le repas. Voici les chiffres obtenus de la sorte :

Premier jour, un enfant très-robuste	....	267	grammes.
Deuxième jour, trois enfants, moyenne	.....	148	—
Troisième jour,	id.	179	—
Quatrième jour, deux enfants, moyenne	.....	238	—
Cinquième jour,	id.	222	—
Onzième jour,	id.	158	—
Premier mois,	id.	257	—
Deux mois,	id.	400	—
Six mois,	id.	708	—

En comparant ce tableau au précédent, on constate qu'ils diffèrent par le détail ; mais que, dans l'ensemble, ils présentent une grande ressemblance ; ce qui est le point essentiel pour le but que je me propose.

Ainsi, comme moyenne du lait pris dans le mois qui suit la naissance, nous trouvons : dans l'un 198 grammes par jour, et dans l'autre 196 grammes : soit, en nombre rond, 200 grammes.

Dans le deuxième mois, le premier tableau dit 434 et le second 400 ; et dans le sixième mois, le premier 634 et le second 708 grammes.

Si nous remarquons que le chiffre de 200 grammes, qui répond à la moyenne des premiers jours du premier mois, doit être un peu faible pour les derniers jours ; que celui de 400 grammes, très-suffisant pour les deuxième et troisième mois, ne saurait l'être pour les quatrième et cinquième, nous croyons devoir établir que :

300 grammes pour le premier mois ;
600 grammes pour les deuxième, troisième, quatrième et cinquième ;
800 grammes pour le sixième,

représentent, dans tous les cas, une quantité de lait qui suffit à nourrir les enfants élevés au biberon, à la condition expresse, que ce lait soit pur et de bonne qualité, et que, si l'on vient à le couper, suivant le conseil de beaucoup de praticiens, il soit additionné d'une quantité de sucre, qui sera de :

30 grammes pour le premier mois ;
40 grammes pour les quatre suivants ;
et de 50 grammes pour les autres, à partir du sixième.

A mon avis, il est toujours préférable de donner le lait pur. A partir du sixième mois, on augmentera la ration de 150 à 200 grammes par mois, ou bien, ce qui sera préférable, on introduira dans l'alimentation, les bouillies et les potages, comme nous l'avons précédemment indiqué.

Si, au lieu de lait de vache, on se sert du lait de chèvre, bien qu'il contienne plus de caséine et de beurre que le lait de femme, l'expérience a appris qu'on devait le donner à peu près à la même dose que ce dernier (1).

J'arrive au traitement proprement dit de l'athrepsie.

La diarrhée jaune ou verte qui ouvre la marche de l'athrepsie est si fréquente chez les nouveau-nés, elle disparaît si facilement et si vite, que l'on demande rarement au médecin d'intervenir. Lorsqu'il est appelé il ne doit pas hésiter à la combattre, parce qu'elle a toujours l'inconvénient d'affaiblir le malade; et que parfois il suffit de quelques jours et même de quelques heures, pour qu'elle détermine un état des plus graves.

---

(1) Le lait de femme a la densité suivante :

Minimum..................	1025,61	moyenne 1032.
Maximum..................	1046,48	

Voici, d'après M. Regnault, sa composition moyenne :

Eau..	88,6
Caséum et sels insolubles..........................	3,9
Beurre..	2,6
Sucre de lait et sels solubles......................	4,9

Le tableau suivant montre la composition des différents laits qui servent le plus souvent à l'alimentation des enfants :

	Vache.	Anesse.	Chèvre.	Femmes.
Eau.................	87,4	90,5	82,0	88,6
Beurre..............	4,0	1,4	4,5	2,6
Sucre de lait........	5,0	6,4	4,5	4,9
Caséum............	3,6	1,7	9,0	3,9

Les choses ne se passent pas toujours de même; et il est bon d'examiner les différents aspects dans lesquels se présentent les accidents. Supposons que l'enfant soit soumis à l'allaitement naturel. Si après avoir examiné la nourrice vous la trouvez dans de bonnes conditions, si vous supposez qu'un refroidissement a pu être la cause des troubles digestifs, idée à laquelle l'existence d'un léger coryza ou d'un peu de toux donneront une grande probabilité, vous vous contenterez de faire tenir le petit malade au chaud, en recommandant qu'on diminue la dose de chaque repas, et qu'on maintienne sur le ventre des corps chauds et très-légèrement rubéfiants; si malgré ces soins la diarrhée persiste, vous lui ferez donner, six ou huit fois dans les vingt-quatre heures, avant de le présenter au sein, une cuillerée à café de la mixture suivante:

Sirop de grande consoude, ou sirop de coings........	100 grammes.
Sous-azotate de bismuth........................	3 —

Dans le cas de diarrhée verte la formule précédente sera modifiée de la manière suivante:

Sirop de grande consoude.................. }	ââ 50 grammes.
Eau de chaux.............................. }	
Sous-azotate de bismuth....................	3 —

Lorsqu'il y a de l'agitation, un léger mouvement fébrile, il est bon de faire précéder l'usage de la mixture astringente, de l'administration d'un vomitif si la langue est chargée et d'un purgatif, si les matières fécales sont muqueuses. Dans le premier cas, vous donnerez de 5 à 10 grammes de sirop d'ipécacuanha et dans le second, 5 grammes d'huile de ricin.

Vous avez beaucoup plus difficilement raison du mal s'il reconnaît pour cause un vice de l'alimentation. Au lieu d'éclater brusquement, comme dans le cas précédent, il apparaît d'une manière plus lente, plus insidieuse; mais au moment où la diarrhée et les vomissements sont bien établis, il y a déjà des atteintes organiques. Si l'allaitement est mixte, vous réduirez l'enfant au sein, en conseillant les mixtures déjà indiquées. La persistance des désordres et *à fortiori* leur aggravation, en dépit de l'emploi des mesures précédentes, surtout si le lait de la nourrice vous paraît insuffisant, ou si par une observation attentive vous avez

acquis la conviction qu'il ne convient pas à l'enfant, devront vous engager à lui donner le lait d'un autre sein.

En tout cela vous ne mettrez pas de précipitation, vous observerez avec le sang-froid de celui qui est sur son terrain, sans vous laisser troubler par l'agitation qui se fera autour de vous. Mais vous ne ferez pas de fausses manœuvres; vous n'hésiterez pas à prendre la résolution que vous avez arrêtée; car quelques heures perdues suffisent souvent à compromettre la vie de votre malade.

Que vous ayez changé ou non la nourrice, si le mal s'aggrave, vous devez intervenir activement, mais avec des moyens différents, suivant l'allure du mal.

Supposons le cas le plus redoutable, celui d'une marche très-rapide et même foudroyante, que j'ai qualifiée d'*athrepsie aiguë*. Il faut, avant tout, rétablir la tolérance du tube digestif si profondément compromise, réparer les pertes liquides et rappeler la chaleur à la périphérie. Vous chercherez à obtenir ces résultats et vous les atteindrez assez souvent, à l'aide des moyens suivants: Toutes les dix minutes, tous les quarts d'heure, vous ferez prendre alternativement une cuillerée à café de deux boissons glacées, l'une préparée avec :

Eau sucrée....................	200 grammes.
Cognac vieux..................	10 —

la seconde, avec bouillon de bœuf frais, fait sans légume, absolument privé de graisse, très-légèrement salé, et coupé d'eau à parties égales.

Deux ou trois fois dans la journée pendant cinq minutes, l'enfant sera maintenu dans un bain d'eau à 35 degrés centigrades, à laquelle on aura ajouté, par 25 litres d'eau, de 40 à 50 grammes de farine de moutarde, que l'on pourra mélanger directement, ou bien, comme le conseille Trousseau, introduire dans un nouet de grosse toile que l'on malaxera dans l'eau, de manière à en extraire le principe irritant. Au sortir du bain on séchera rapidement l'enfant à l'aide de linges fins, secs et même chauds; on le frictionnera légèrement et après l'avoir enveloppé dans des linges de laine, on le placera dans son berceau; puis, de temps en temps, on le prendra dans les bras en ayant soin de maintenir ses pieds et ses jambes près d'un foyer de chaleur. Il est bon que tous ces soins soient donnés par une personne intelli-

gente, active, autre que sa nourrice, afin qu'elle ne puisse lui donner le sein, et que lui-même il ne soit pas tenté de le chercher. Pour maintenir la lactation en bon état, on fera teter un autre enfant, ou l'on videra les seins à l'aide d'une pompe.

Dès qu'un mieux notable s'accusera par des évacuations moins nombreuses, un cri plus normal, un pouls moins fréquent et plus facile à percevoir, surtout par un facies meilleur, vous songerez, tout en éloignant les prises des boissons glacées, à redonner du lait. Si sans trop de fatigue, l'enfant peut le prendre lui-même, on lui présentera le sein ; dans le cas contraire, la nourrice se traira dans une cuiller dont elle fera immédiatement boire le contenu au malade. Au cas où le lait de femme ne pourra être administré de la sorte, c'est par celui d'une ânesse qu'on le remplacera. — L'amélioration venant à s'accentuer, on supprimera rapidement le bouillon coupé, on ne donnera plus qu'un bain sinapisé chaque jour, ou même tous les deux jours; mais l'on continuera l'usage de la solution de cognac dans l'eau sucrée, en élevant peu à peu sa température jusqu'à celle de la chambre.

Dans les formes plus lentes ou torpides, notamment lorsqu'on a affaire à des enfants dont la faiblesse native a été exagérée par la maladie, il faut user de la plus grande circonspection. Tout en s'efforçant de stimuler le malade, et de le nourrir, on doit se garder de dépasser une certaine limite, car un organisme aussi débilité résisterait mal à une secousse, même provoquée dans un but thérapeutique. On agira sur la peau par des frictions, par l'application de quelques rubéfiants, on maintiendra le corps entier à une température assez élevée, mais on ne donnera pas de bains. On fera boire le lait à l'aide d'une cuiller, de peur que l'action de teter, sans satisfaire aux besoins du malade, n'épuise rapidement ce qui lui reste de forces. Dans ces cas, pour aider l'estomac qui, comme le reste de l'organisme, est dans la torpeur, je conseille six fois environ dans les vingt-quatre heures, immédiatement après le repas, l'administration d'une demi-cuillerée à café de l'*Élixir de pepsine de Mialhe*. L'action de ce médicament est double. Par sa pepsine, il facilite la digestion du lait et par son principe alcoolique, il est stimulant. A ces enfants je ne donne aucune autre boisson, car ce qu'exige leur état, c'est un aliment qui, pris fréquemment, mais à très-petite dose, soit la source d'une réparation continue. Dans ces cas, il n'y a pas de

vomissements, et la diarrhée, en général peu intense, n'exige aucune médication spéciale.

L'on voit certains malades, surtout lorsque leurs garde-robes sont constituées par un liquide séreux et des amas de mucus verdâtre, s'agiter et pousser sans cesse des cris aigus en même temps que leur facies exprime une grande souffrance. Puis, ils font une selle bruyante, et redeviennent calmes, jusqu'à ce que le même besoin amène la même torture. Bien souvent, il m'est arrivé en introduisant dans le rectum le réservoir d'un thermomètre, d'ouvrir un passage aux matières et de faire cesser du même coup les cris et l'agitation. Cela doit faire penser que chez ces enfants, les garde-robes sont douloureusement retenues par une action spasmodique du sphincter anal, et qu'on doit amener un soulagement en leur donnant un libre cours ; ce que l'on obtient facilement par l'introduction dans l'anus, d'un petit suppositoire de beurre de cacao ou de savon préalablement huilé.

Je ne vous ai pas parlé de l'usage des lavements, et peut-être quelques-uns d'entre vous ont-ils pensé que c'était là de ma part une omission, tant il est habituel de les voir conseillés et administrés, dans tous les cas où le tube digestif des enfants est en cause. Il n'en est rien ; et si je ne vous ai pas signalé ce moyen, c'est que je le considère comme incapable de rendre les services que l'on attend généralement de lui. Les seuls liquides que l'on puisse introduire de la sorte sont ceux qui sont doués de propriétés émollientes ou astringentes. Or la partie de l'intestin sur laquelle ils peuvent agir est certainement de toutes la moins malade chez les athrepsiés ; et pourtant elle est très-peu tolérante et ce qu'on y introduit est à peine gardé pendant quelques minutes. Voilà pourquoi j'ai laissé de côté, malgré la vogue dont il jouit encore, un moyen dont l'application n'est pas toujours facile, et dont l'efficacité est plus que douteuse.

Pour ce qui est des préparations opiacées, quelles qu'elles soient, j'en proscris absolument l'usage, même aux doses les plus minimes. Les nouveau-nés sont, en effet, d'une excessive sensibilité à leur action ; et je vous avoue que ce ne serait pas sans de grandes appréhensions que je verrais prendre à un malade de cet âge un quart de goutte de laudanum de Sydenham (1).

(1) Tousseau considérait l'opium comme un médicament dangereux, désastreux même, lorsqu'on l'applique au traitement des maladies de l'en-

Il me reste à vous indiquer les moyens à l'aide desquels vous combattrez les diverses affections locales de l'athrepsie. Ce sera des adjuvants du traitement dirigé contre l'état général ; et ils n'auront d'efficacité qu'autant que ce dernier sera lui-même suivi de succès.

Le muguet est, sans contredit, l'une de ces manifestations locales les plus fréquentes. On a proposé contre lui un grand nombre de topiques. Tous ils peuvent réussir, quand l'état général s'améliore ; ils échouent, au contraire, fatalement, quand il décline. Quand la végétation est abondante, avec l'indicateur enveloppé d'un linge fin et sec, on frotte les points de la muqueuse buccale que l'on peut atteindre, de manière à en détacher le parasite ; puis on y pratique un badigeonnage que l'on renou-

---

fance. Il affirme qu'une goutte de laudanum, c'est-à-dire un trente-deuxième de grain d'opium, suffit pour jeter un enfant d'un an dans une stupeur qui dure quelquefois quarante-huit heures. (*Clinique médicale*, t. III, p. 134, 1865.)

Le fait suivant, observé par le docteur Hawthovn (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, 1875; p. 521, — extrait du *New Orleans Med. and Surg. Journal*), montre également combien les jeunes enfants sont sensibles à l'action de l'opium. « Une dame ayant à subir une opération fut soumise à des préparations opiacées. A dix heures du matin, elle prit 25 gouttes de solution sédative de Battloy, dose que l'on renouvelle à deux heures de l'après-midi. A huit heures du soir, elle prit 5 centigrammes d'opium en pilule.

« Son enfant, un vigoureux enfant de sept semaines fut agité tout le jour. A minuit, il prit le sein et tomba dans un sommeil dont il ne sortit que six heures après ; à son réveil, il teta un peu, puis s'endormit le reste du jour. A deux heures après-midi, la respiration diminua un peu de fréquence, elle devint moins profonde et saccadée. A dix heures du soir, M. Hawthovn vit le petit malade ; il trouva sa pupille très-contractée ; la respiration incomplète, saccadée, très-irrégulière, avait à peu près sa fréquence normale ; ce n'est qu'avec beaucoup de difficulté, qu'on pouvait le tirer de son sommeil.

« On lui donna du café par la bouche et le rectum, et on l'exposa à l'air de la fenêtre. Au bout d'une heure, l'état devint meilleur. Cependant une heure après, sa respiration s'arrêta pendant quelque temps, et il tomba dans un état de mort apparente. Il revint à la vie, et le jour suivant, à deux heures du matin, il était hors de danger. »

L'auteur pense avec raison qu'il s'agit là d'un cas d'empoisonnement par l'opium, et que le lait de la mère a servi de véhicule au poison. On sait en effet que les alcaloïdes de l'opium, de même que les sels de mercure et les iodures, passent rapidement du sang dans le lait.

velle trois fois dans la journée, à l'aide d'un pinceau de blaireau, enduit de l'une des mixtures suivantes :

A. —	Miel rosat..................... Borate de soude................	Parties égales.
B. —	Glycérine neutre............... Miel rosat.....................	ãã 15 grammes.
	Chlorate de potasse...............	6 —

En même temps on fera boire, toutes les deux ou trois heures, une cuillerée à café d'un mélange à parties égales d'eau sucrée et d'eau de Vichy.

Le muguet de la bouche et de la partie supérieure du pharynx est le seul que l'on puisse atteindre. Vous n'aurez aucune prise directe sur celui de la glotte, de l'œsophage et de l'estomac. Cela, d'ailleurs, n'a pas une grande importance, car au moment où la mucédinée végète dans ces régions, le malade est mortellement atteint.

Les mêmes topiques seront portés sur les plaques ptérygoïdiennes, qui presque toujours coïncident avec la végétation parasitaire.

L'érythème des fesses, des parties génitales et des cuisses, étant déterminé par le contact humide des urines et des matières fécales, disparaît aisément, au début, par l'usage des couches fines et sèches, fréquemment renouvelés en y ajoutant la précaution de saupoudrer les parties atteintes avec une poudre inerte fine et non parfumée. Celles d'amidon, de riz et surtout de lycopode, atteignent ce but à merveille. Elles ont le double avantage de sécher complétement les parties malades et de les isoler soit des parties symétriques, soit des linges eux-mêmes. Ces précautions resteraient sans efficacité si, avant de les employer, on n'enlevait pas très-soigneusement, à l'aide de lotions détersives, toutes les souillures résultant des déjections. Lorsqu'il y a des érosions, le blanc de baleine ou cétine, matière onctueuse et difficilement altérable, est un excellent topique. Quand il se forme des ulcérations profondes, on les saupoudre très-légèrement avec de l'iodoforme, puis on fait un pansement simple avec de la charpie enduite de cérat ou de pommade de concombre.

Je n'ai pas d'autres recommandations pratiques à vous faire ; car vous n'attendez pas de moi que je vous parle du traitement de l'encéphalopathie. Au moment où elle se manifeste, vous le

savez, le mal est incurable ; d'ailleurs, comment agirions-nous sur les centres nerveux, alors que la sensibilité et l'absorption sont nulles ou considérablement affaiblies ? Cependant depuis que le chloral a été proposé contre le tétanos des adultes, et qu'il a procuré quelques cas de guérison, on a cru devoir l'administrer dans celui des nouveau-nés et vous trouverez dans la bibliographie contemporaine la relation d'un certain nombre de succès(1).

Je ne crains pas d'affirmer qu'aucun de ces faits ne se rapporte au trismus tel que je l'entends avec la plupart des cliniciens, et qu'il se présente dans l'athrepsie ; et sans nier que le tétanos vrai des enfants du premier âge, dont je vous ai cité un exemple, puisse être guéri par l'hydrate de chloral, j'ai quelque peine à admettre que ce mal, auquel se rapportent les observations des auteurs cités plus haut, mérite la qualification de tétanos. Celles que j'ai lues n'ont pu me convaincre, et j'estime que des accidents convulsifs n'ayant des troubles tétaniques que l'apparence, ont fait prendre le change sur leur véritable nature.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Le myrte et ses propriétés thérapeutiques (2);

Par le docteur DELIOUX DE SAVIGNAC.

VII

L'action cicatrisante si remarquable que je voyais se produire sur les ulcérations utérines devait vraisemblablement se mani-

---

(1) Un cas de tétanos chez une petite fille âgée d'une semaine guéri par l'hydrate de chloral, par M. le docteur Félix Ehrendorfer (*Jahrf. f. Kinderkr.*, juillet 1873, et *Revue des sciences médicales*, 1873, t. II, p. 769). — Du traitement du trismus et du tétanos des nouveau-nés, par l'hydrate de chloral, par le docteur And. von Huttenbrenner (*Jahr. für Kinderheilkunde*, VII jahrg., I Heft, et *Gaz. hebdom.*, 1874, p. 358).

M. Bouchut s'est occupé, dans ces derniers temps, du même sujet. (Du tétanos et de l'hydrate de chloral dans le traitement de cette maladie. — (*Gazette des hôpitaux*, 1872, p. 371) ; mais après avoir fait remarquer qu'il y a deux variétés de tétanos chez les enfants : celle qui s'observe chez les *nouveau-nés* et qui est assez rare en France, et celle qu'on rencontre dans *la seconde enfance*, il ne traite que de cette dernière.

(2) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

fester sur les plaies extérieures ; et c'est ce dont l'expérience m'a convaincu dans plusieurs circonstances.

Les plaies récentes, superficielles, couvertes de poudre de myrte, se dessèchent et se cicatrisent ordinairement avec une grande rapidité ; souvent un ou deux jours suffisent pour cela. Les plaies qui suppurent depuis quelque temps, et surtout les vieux ulcères, y mettent plus de lenteur ; ces derniers mêmes peuvent résister à ce moyen comme à d'autres ; mais c'est un moyen utile en tous cas et, par conséquent, à mettre au nombre des modificateurs avantageux des solutions de continuité de la peau, et, par extension, des dermatoses humides, notamment de l'eczéma et de l'intertrigo. Pour les plaies récentes, les brûlures superficielles, les érosions herpétiques suintantes, je me borne à saupoudrer avec la poudre de feuilles de myrte, recouvrant ensuite avec de la ouate ; j'ajoute ordinairement, par-dessus cette poudre, de la ouate ou de la charpie imbibée de glycérine pour les plaies qui suppurent depuis quelque temps ; on pourrait aussi essayer un glycéré de myrte dans ces derniers cas.

L'infusion de myrte, baies ou feuilles, peut servir pour lotions sur les plaies, pour injections sous les décollements, dans les clapiers, dans les foyers purulents, dans les trajets fistuleux. Agissant comme tonique astringent sur les parties molles, elle favorise les adhésions, diminue la suppuration, en atténue sensiblement la fétidité, excite le bourgeonnement préalable à la cicatrisation. La teinture additionnée d'essence de myrte agirait encore mieux sur la fermentation putride du pus et sur les conséquences de cette grave complication des plaies. J'ai eu recours à ces moyens avec succès dans plusieurs circonstances ; je citerai notamment un phlegmon diffus du pied, très-grave, survenu chez une femme d'une cinquantaine d'années, qui, après avoir nécessité plusieurs incisions profondes, guérit rapidement sous l'influence d'injections répétées d'infusion de myrte et de pansement des plaies avec la poudre des feuilles. Je suis persuadé que la thérapeutique chirurgicale a un parti très-important à retirer de l'emploi des préparations de myrte, et je ne saurais trop les recommander aux chirurgiens.

VIII

Je n'ai pas encore assez expérimenté l'essence de myrte pour être complétement fixé sur ses propriétés thérapeutiques. Toute-

fois j'ai constaté qu'elle ne possède pas la propriété antalgique au même degré que d'autres essences que j'ai déjà signalées sous ce rapport, entre autres, les essences de menthe et de mélisse ; il ne faudrait donc pas trop y compter dans le traitement des névralgies, pas plus que dans celui des rhumatismes aigus. Elle me paraît être plutôt stimulante ; aussi je la crois susceptible d'être utilisée en frictions contre les rhumatismes chroniques, ayant amené de l'engourdissement et de l'atonie musculaires, ainsi que contre certaines paralysies. Cependant je l'ai vue exercer quelque influence sur les douleurs qui accompagnent les affections de l'utérus, de la vessie et du rectum. Ainsi, j'ai dit plus haut que les injections de myrte apaisent souvent les douleurs qui coïncident avec la leucorrhée ; une femme, atteinte de ce flux et qui avait en même temps un spasme douloureux de l'urèthre, était calmée par ces injections ; des dysentériques, auxquels j'a prescrit des lavements d'infusion de myrte, ont à la suite éprouvé moins de ténesme, ou même ont cessé d'en ressentir ; enfin des hémorrhoïdaires, tant après ces lavements qu'après l'usage de bols où entraient la poudre et l'essence de myrte, ont eu du répit dans leurs douleurs.

La propriété antifermentescible de l'essence de myrte m'a paru assez prononcée, et je la crois très-apte, en conséquence, à corriger et à prévenir la putridité des plaies.

Enfin je suis porté à penser que sa propriété anticatarrhale se manifeste plutôt sur les muqueuses génito-urinaires que sur les autres muqueuses.

IX

Comme substances tannifères, l'écorce, les feuilles et les baies de myrte trouvent naturellement leur emploi dans les diverses circonstances où l'on doit recourir à la médication astringente ; leurs applications, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, peuvent donc être extrêmement variées. Elles sont particulièrement indiquées contre les flux muqueux et purulents, parce qu'elles opèrent non-seulement par leur tannin, mais encore par leur huile essentielle, qui, comme la plupart de ses analogues, entrave l'hypergenèse des leucocytes, qui constituent les principaux éléments du mucus et du pus. Un astringent aromatique, tel que le myrte — et les médicaments de ce genre sont rares dans la matière médicale —

a donc le double avantage de tonifier les téguments et leurs appareils de sécrétion, d'astringenter les muqueuses par une sorte de tannage, qui prévient l'exosmose du sérum et l'exfoliation épithéliale, en même temps que l'essence s'oppose aux exsudats. Il m'arrive souvent d'unir le tannin, le ratanhia ou le cachou, aux balsamiques tels que le baume du Pérou et la térébenthine de Venise, en vue de combattre des flux, excessifs ou rebelles, muco-purulents, particulièrement du côté des organes génito-urinaires ; le myrte nous offre tout formé un médicament comparable à ces baumes astringents, et ayant ainsi tout pouvoir pour agir sur les divers éléments — lamelles épithéliales, globules blancs, sérum — des liquides émulsifs qui constituent le muco-pus et le pus.

Il me paraît, à ce titre, appelé à rendre des services dans le traitement des affections purulentes du rein et de la vessie, des catarrhes de la vessie et de l'utérus, de la blennorrhagie chronique. Je recommande dans ces cas la poudre de feuilles de myrte, administrée à l'intérieur, à la dose de 1, 2 et jusqu'à 4 grammes, sous forme de pilules, soit seule, soit additionnée de quelques gouttes d'essence de myrte. La préparation dont je me sers le plus habituellement consiste en des bols formés avec cette poudre et quantité suffisante de térébenthine de Venise ; j'enrichis ainsi le médicament en principe oléo-résineux, et j'augmente ses propriétés antipyiques et anticatarrhales.

Il n'est pas facile de faire accepter les infusions de myrte pour l'usage interne ; elles ont une saveur généralement trouvée désagréable par les malades. Cependant je les ai prescrites quelquefois avec succès contre les sueurs des phthisiques, car c'est encore l'un de ces cas où le myrte peut être rationnellement essayé ; j'ai recours de préférence à la poudre de feuilles en pilules, façonnées avec l'extrait fluide de ratanhia.

J'ai employé avec avantage l'infusion de feuilles de myrte en injections dans l'uréthrite chez l'homme, dans la vaginite chez la femme.

J'ai eu également à me louer de son emploi en lavement dans quelques cas de dysentérie chronique ; elle a diminué, épaissi ou suspendu les évacuations intestinales, en outre, comme je l'ai dit plus haut, souvent calmé le ténesme. Toutefois il n'y a pas en cela un remède infaillible ; mais on est quelquefois si désorienté par l'impuissance des médicaments opposés à certaines diarrhées, qu'il n'est pas inutile d'en signaler un nouveau susceptible de réussir.

Les infusions de myrte peuvent être utilisées comme collyres, à l'instar de l'infusion de thé et de la solution du tannin ou de toute substance tannifère ; je les croirais particulièrement appropriées aux ophthalmies catarrhales et, comme moyen adjuvant, aux ophthalmies purulentes. Elles peuvent également servir pour gargarismes ou collutoires, contre les angines et les stomatites, contre la procidence de la luette. Geoffroy estime la décoction et l'eau distillée des feuilles et des fleurs comme spécialement propre à fortifier les gencives.

X

Il est de notion vulgaire en thérapeutique que le tannin, tant par voie interne que topiquement, possède des propriétés hémostatiques ; il en est de même de quelques huiles essentielles. Rien n'était donc plus plausible que d'attribuer cette propriété au myrte ; le temps et les occasions m'ont manqué pour apprécier jusqu'où elle s'étend ; mais je l'ai constatée dans trois circonstances d'une manière assez formelle pour être autorisé à en rendre compte.

D'abord, sur les plaies saignantes, la poudre de myrte est un bon moyen pour réprimer une hémorrhagie capillaire.

Ensuite, je l'ai administrée à l'intérieur contre la ménorrhagie qui mérite le nom spécial de *polyménorrhée*. J'appelle ainsi un flux menstruel excessif, tant par sa quantité que par sa prolongation au-delà des limites de sa durée ordinaire. J'ai donné la poudre de feuilles de myrte, de 1 à 2 grammes par jour, soit pour modérer l'écoulement sanguin, soit pour le suspendre, selon l'une ou l'autre des formes de la polyménorrhée ; et la plupart du temps j'ai atteint le but que je me proposais. En pareils cas, j'employais antérieurement et j'emploie encore le tannin, qui procure les mêmes résultats ; on met une seconde corde à son arc en façonnant les pilules de poudre de myrte ou de tannin avec de la térébenthine de Venise, du sirop ou de l'extrait fluide de ratanhia. Comme conséquence, il y avait lieu d'espérer que les préparations de myrte se montreraient également utiles dans le traitement d'autres espèces de ménorrhagies. A l'usage interne on peut joindre ici l'emploi externe, comme je l'ai fait avec avantage dans quelques cas de pertes considérables. Je porte alors sur le col de la matrice un gros tampon de ouate, imbibé d'une solution

de tannin et fortement chargé de poudre de myrte, et j'achève avec de la ouate sèche le tamponnement du vagin. Ce moyen m'a réussi.

Enfin j'ai appliqué les préparations de myrte au traitement des hémorrhoïdes, avec des résultats qui ne manquent pas d'intérêt. L'infusion de feuilles de myrte, donnée en lavements froids, a calmé les douleurs tensives du rectum, les douleurs ténesmoïdes de l'anus, arrêté les pertes sanguines ; en lotions et applications froides sur les tumeurs hémorrhoïdales, elle a produit des effets calmants, astringents, résolutifs, plus accusés même, dans quelques expériences comparatives, que ceux déterminés par des solutions de tannin, de ratanhia, d'alun, d'acétate de plomb. Incorporée avec des pommades, la poudre de myrte n'a pas produit sur ces tumeurs des effets aussi favorables ; mais, administrée à l'intérieur, sous forme de bols, avec de la térébenthine de Venise, elle a amené des résultats qui m'ont d'autant plus étonné que je m'y attendais peu. L'usage de cette préparation, continué avec insistance chez un sujet atteint d'un bourrelet hémorrhoïdal ancien, volumineux, très-douloureux, a procuré à diverses reprises un soulagement qui n'avait pu être obtenu antérieurement par aucun autre moyen, notamment par la poudre de capsique, si vantée dans l'espèce. D'abord les hémorrhagies, qui se produisaient chaque fois que le malade allait à la garde-robe, se sont arrêtées. Ensuite les tumeurs se sont dégonflées et sont devenues moins douloureuses. Il n'a pas été complétement guéri par ce seul moyen; mais chaque fois qu'il y est revenu, il a été soulagé. J'ai obtenu des résultats analogues chez deux autres sujets.

Mes observations sur le traitement des hémorrhoïdes par le myrte sont peu nombreuses, et les succès que j'en ai retirés ne sont que relatifs ; mais, tels quels, ils m'ont semblé dignes d'être rapportés, en considérant combien est tenace, douloureuse et difficile à guérir, l'infirmité dont il vient d'être question.

XI

J'ai vu la poudre de capsique causer de la dysurie chez un hémorrhoïdaire, atteint en outre de catarrhe vésical et de rétrécissement de l'urèthre. La poudre de myrte, au contraire, en même temps qu'elle modifiait les hémorrhoïdes, agissait avantageusement sur l'affection des voies urinaires.

Dans un autre cas, où les circonstances ne m'ont pas permis de pousser jusqu'au bout mon observation, j'ai vu les préparations de myrte influencer favorablement un catarrhe vésical ancien et très-douloureux. Je pense donc qu'il y aurait lieu d'en expérimenter les applications contre les catarrhes de la vessie, peut-être même contre les lésions des reins, soit avec purulence, soit avec albuminurie, que le tannin d'ailleurs est déjà par lui seul apte à modifier ; l'essence de myrte semble ici ajouter à son efficacité.

XII

Quelques malades atteints de catarrhes bronchiques, auxquels j'ai fait prendre du thé de myrte, ont remarqué que la matière de l'expectoration diminuait, en même temps que l'expectoration devenait plus facile et la toux moins pénible, moins fréquente. En y réfléchissant, il n'y a rien de surprenant à ce qu'un astringent aromatique produise un pareil effet sur les bronches; le tannin diminue la sécrétion, l'essence agit dans le même sens et de plus excite la contractilité de tissu qui favorise l'expectoration, tout en calmant la sensibilité de la muqueuse bronchique. Le myrte, dans sa composition complexe, pourrait donc être propre à modifier ces vieux catarrhes à toux opiniâtre, avec exsudats persistants dans des canaux aérifères atones ; et ce serait encore là une voie d'expérimentation, où il semblerait y avoir quelque intérêt à s'engager.

Le sirop de myrte, fait avec le suc des fruits, se donnait jadis, à la dose de 15 à 30 grammes, dans les potions astringentes ou rafraîchissantes. Beaucoup de médecins, dit Geoffroy (*op. cit.*), s'en servent contre les cours de ventre, pour arrêter les hémorrhagies et les fleurs blanches.

L'extrait de myrtilles, selon le même auteur, se donnait jusqu'à 8 grammes dans les mêmes maladies, et en outre était estimé très-propre à fortifier l'estomac. Du vin, dans lequel on avait fait bouillir les myrtilles, était recommandé contre les rapports aigres, le hoquet.

En un mot, en sus des propriétés béchiques que je signalais plus haut, il existe aussi dans le myrte quelques propriétés stomachiques dont on pourrait tirer parti, ce que d'ailleurs l'emploi condimentaire de ses baies avait déjà démontré.

XIII

Ainsi le myrte est l'une de nos plantes indigènes dont la thérapeutique ne saurait plus longtemps se désintéresser. Il lui rendrait, comme on vient de le voir, des services réels ; et de nouvelles expériences cliniques pourraient en varier et en étendre les applications. Il demanderait aussi une analyse chimique, qui nous fixerait sur la nature et la proportion de ses principes actifs. J'invoque donc le concours des chimistes et des cliniciens pour compléter son étude ; si, sur certains points, les anciens ont exagéré ses qualités, il possède des propriétés qui lui donnent, comme espèce médicinale, une incontestable valeur. Une plante, facile à recueillir et à manier, et fournissant des produits qui agissent comme les toniques astringents, comme les amers et les stimulants aromatiques, comme les oléo-résineux modificateurs des muqueuses, ne peut pas être dédaignée par les thérapeutistes, qui trouveraient plus d'une occasion de faire de ses aptitudes diverses un emploi fructueux.

CHIMIE MÉDICALE

Action du chlore sur les alcools propylique, butylique et amylique;

Par MM. E. Hardy et Galippe.

Le chlore attaque les alcools propylique, butylique et amylique avec une grande rapidité. Avec l'alcool butylique, il donne un liquide fumant à l'air ; ce liquide, distillé sur l'acide sulfurique, fournit une substance cristallisée dont la composition centésimale s'accorde avec celle d'une combinaison d'alcool butylique et de chloral butylique. Les alcools propylique et amylique produisent des combinaisons semblables.

Les expériences suivantes rendent compte de ces réactions, et servent également à donner la théorie de la formation du chloral ordinaire. On place dans un matras à long col de l'hydrate de chlore, et dans un autre ballon qui y est soudé à l'aide

d'un tube recourbé, les alcools mis en expérience. En décomposant l'hydrate par la chaleur, le chlore se dégage, et vient réagir sous pression sur les divers alcools.

Avec l'alcool butylique on obtient comme produit de la réaction du butylchloral uni à une molécule d'alcool butylique, de l'éther butylchlorhydrique ; de l'eau et de l'acide chlorhydrique. Avec l'alcool propylique du propylchloral uni à une molécule d'alcool propylique, de l'eau et de l'acide chlorhydrique.

Une réaction semblable se passe avec l'alcool amylique.

En remplaçant ces alcools par l'alcool ordinaire, on recueille des produits similaires. L'action du chlore sur l'alcool est donc très-simple et s'explique par la formation simultanée d'éther chlorhydrique, de chloral, d'eau et d'acide chlorhydrique.

Ces recherches ont été faites à l'Ecole de médecine, dans le laboratoire de M. Regnauld.

CORRESPONDANCE

Sur quelques formules tirées de la pratique de M. le docteur Guéneau de Mussy.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Je vous adresse les formules suivantes, tirées de la pratique de M. le docteur Guéneau de Mussy.

J'ai été bien souvent frappé de leur efficacité, et je crois que vous rendrez service à vos lecteurs en les insérant dans l'un des prochains numéros du *Bulletin de Thérapeutique*.

Pilules antidiarrhéiques.

Extrait de ratanhia	8 grammes.
— de monésia	8 —
— d'opium	50 centigrammes.
Poudre de Colombo	8 grammes.
— de cascarille	5 —
Essence de menthe	10 gouttes.
— d'anis	10 —
Sirop de gomme, quantité suffisante pour faire 100 bols roulés dans du sous-nitrate de bismuth	5 grammes.
Craie précipitée	5 —

Ils s'administrent à la dose de 2 à 6 pilules par jour entre les repas.

Sirop toni-vermifuge.

Quinquina jaune concassé	300	grammes.
Mousse de Corse	600	—
Coralline blanche	150	—
Feuilles de noyer contusées	500	—

Faites bouillir pendant une heure, passez, et obtenez 4000 grammes de décoction que vous verserez sur :

Fleurs d'arnica	150	grammes.
Semen-contra	100	—
Zestes frais de 5 oranges coupés menus.		

Après une heure d'infusion, passez et faites un sirop avec 7 kilogrammes de sucre.

On en fait prendre aux enfants une cuillerée à bouche le matin et une le soir.

Mixture dentifrice.

Alcool camphré	120	grammes.
Teinture de quinquina	120	—
— de pyrèthre	60	—
Essence de menthe	10	—
— d'anis ou de badiane	10	—
Mêlez et filtrez.		

En verser quelques gouttes dans l'eau pour se laver la bouche.

Mixture odontalgique.

Teinture d'opium	àà 2 grammes.
— de pyrèthre	
— d'iode	
Chloroforme	
Alcool camphré	

Imbiber un bourdonnet de coton et l'introduire dans la dent malade.

Veuillez agréer, etc.

P. Vigier, pharmacien.

BIBLIOGRAPHIE

De la forcipressure ou de l'application des pinces à l'hémostasie chirurgicale, d'après les cliniques du docteur Péan, par G. Deny et Exchaquet, internes des hôpitaux. Germer Baillière, édit.; 1875. — Depuis que le professeur Verneuil a lu devant la Société de chirurgie un remarquable mémoire sur ce nouveau moyen d'hémostasie auquel il applique un nom caractéristique, les travaux se multiplient sur ce sujet. Celui de MM. Deny et Exchaquet, paru depuis la lecture du mémoire de M. Verneuil, n'en est

pas moins utile à consulter, à cause du nombre imposant d'observations qui y sont relatées.

D'origine ancienne, cette méthode n'a été employée que depuis quelques années pour remplacer dans les opérations chirurgicales les procédés d'hémostasie généralement usités, tels que la ligature, la torsion, etc.

Grâce à l'emploi des pinces dites *hémostatiques*, on peut obtenir :

1° *L'hémostasie préventive* dans un grand nombre d'opérations de la langue, des joues, etc., et d'une façon générale dans les ablations des tumeurs pédiculées ou faciles à pédiculiser.

2° *L'hémostasie générale*, en les appliquant sur l'extrémité des vaisseaux divisés dans le cours d'une opération ou par le fait d'un traumatisme accidentel.

3° L'*hémostasie définitive*, lorsque les pinces sont laissées en place sur les vaisseaux pendant quelque temps, le plus souvent de deux à trente-six heures. Elles peuvent ainsi remplacer, dans la plupart des cas, la torsion et la ligature, leur séjour dans les plaies ne déterminant jamais d'accidents.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 21 et 28 février 1876 ; présidence de M. le vice-amiral Paris.

Mouvements que produit le cœur lorsqu'il est soumis à des excitations artificielles. Note de M. Marey. — Si on lance à travers le cœur d'une grenouille vivante des courants d'induction, et si l'on inscrit les mouvements qui se produisent alors, on observe que, pour les excitations toujours de même nature, il se produit des effets presque toujours différents. Tantôt le cœur ne semble pas avoir reçu l'excitation, tantôt il réagit ; mais dans ces cas le mouvement apparaît tantôt avec une grande rapidité (temps perdu très-court, un dixième de seconde), tantôt après un retard qui peut atteindre une demi-seconde et plus. Enfin la systole provoquée peut être, en certains cas, aussi forte que celles qui se produisent spontanément, tandis que d'autres fois elle est pour ainsi dire avortée.

En faisant un grand nombre d'expériences, l'auteur a pu s'assurer que, si la réaction du cœur n'est pas toujours la même, cela tient à ce que l'excitation lui arrive à différents instants de sa révolution, et que si on l'excite toujours au même instant de sa systole et de sa diastole, il donne toujours des tracés identiques.

Pour rendre facilement saisissable la manière dont les choses se passent, l'auteur a disposé les uns au-dessus des autres des tracés pour lesquels le cœur a été excité à des instants de plus en plus avancés de sa révolution.

On voit, sur ces tracés, que le retard de la systole est donc d'autant moindre que l'excitation du cœur arrive à une période plus avancée de la révolution de cet organe. En comparant entre elles les systoles provoquées à différents instants, on constate que la systole provoquée est d'autant plus forte qu'elle arrive plus longtemps après la systole spontanée qui la précède. Il semble que le repos soit nécessaire pour que le cœur qui vient d'agir soit capable d'un acte nouveau. Enfin, après chaque systole provoquée, on observe un repos compensateur qui rétablit le rhythme du cœur un instant altéré. L'existence de ce repos compensateur est très-im-

portante : elle vient confirmer une loi que l'auteur croit avoir établie, à savoir : que le travail du cœur tient à rester constant.

Sur un acide nouveau préexistant dans le lait frais de jument. Note de M. J. Duval. — L'auteur démontre, par une analyse du lait de jument, que ce liquide, faiblement alcalin ou neutre, contient un principe immédiat que ne renferment pas les laits de ruminants, en quantité appréciable du moins. C'est un sel dont l'acide est cristallisable en groupes de petites aiguilles, non volatil sans décomposition, d'une odeur fragrante et d'une saveur particulière.

Rôle de l'acide carbonique dans la coagulation du sang, par MM. E. Mathieu et V. Urbain. — Les auteurs répondent à une note de M. Arm. Gauthier (séance du 15 novembre).

M. Gauthier admet comme évident qu'en desséchant du plasma dans le vide on le prive de tout son acide carbonique. C'est là le point faible de son argumentation, qu'il s'agisse d'une liqueur plasmatique ou albumineuse, car la dessiccation dans le vide de l'une ou l'autre liqueur, non diluée, est incapable de lui enlever l'acide carbonique qu'elle renferme.

M. Gauthier ajoute : « Ce plasma sec peut être chauffé à 100 degrés, température qui décompose jusqu'aux bicarbonates, sans perdre la propriété de donner des flocons de fibrine lorsqu'on le reprend par l'eau. » Mais cette affirmation nous paraît également contestable ; nous avons toujours constaté que les bicarbonates secs résistaient parfaitement à une température de 100 degrés.

La seconde objection de M. Gauthier est celle-ci : « En faisant passer un courant d'acide carbonique dans du plasma sanguin, salé à 5 pour 100 et maintenu à 8 degrés, il n'y a pas coagulation ; cependant la quantité de gaz acide susceptible de se dissoudre dans de telles conditions est supérieure à celle qui est nécessaire pour coaguler un poids de fibrine en rapport avec la proportion de plasma employé.

« On observe d'abord que l'expérience est faite à 8 degrés, c'est-à-dire à une température qui s'oppose à la coagulation du sang, ou du moins la retarde considérablement, sans addition d'aucun sel. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner de l'absence de coagulum, du moment qu'une basse température à elle seule est capable d'amener ce résultat. Enfin nous rappellerons les expériences citées dans une note précédente (*Comptes rendus*, t. LXXXI, p. 372), qui montrent qu'une solution de globuline ou même de l'eau de chaux ne sont plus précipitées par l'acide carbonique lorsqu'on les a additionnées d'une proportion convenable de chlorure de sodium. Or, de la non-précipitation de ces liqueurs dans ces conditions, M. Gauthier conclurait-il que l'acide carbonique ne joue aucun rôle dans la formation des précipités que détermine ce gaz au sein des mêmes solutions privées de sel marin ? »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 22 et 29 février 1876 ; présidence de M. Chatin.

Leucocytose. (Suite de la discussion, voir p. 178.) — M. Béclard donne lecture d'une lettre que M. le docteur Chauveau (de Lyon), membre correspondant, adresse à l'Académie en réponse aux critiques dont ses expériences sur les liquides virulents ont été l'objet de la part de M. Colin.

M. Chauveau soutient que ces expériences, qui lui ont valu des récompenses académiques, sont parfaitement démonstratives. Soit qu'on dilue des liquides virulents graduellement et progressivement dans un liquide inerte, soit qu'on en isole, d'une part, les substances solubles, et, d'une autre part, les particules solides, on en arrive toujours à cette même conclusion : la virulence est indépendante des substances dissoutes, elle est liée à la présence des particules simplement suspendues, et quand ces par-

ticules se trouvent en très-petite quantité dans des solutions étendues, elle se trouve pour ainsi dire disséminée, comme ces particules. M. Chauveau affirme, contrairement à M. Colin, la réalité de la diffusion des substances albuminoïdes, lorsqu'on ne sépare point par quelque membrane des liquides entre lesquels cette diffusion pourrait s'opérer. Il a toujours vu notamment qu'une couche d'eau de 4 ou 5 millimètres, mise en contact avec du vaccin, devenait promptement albumineuse, au point d'être coagulable par la chaleur ou l'acide nitrique.

Après avoir repris et développé chacun des arguments dont il s'était servi dans ses réponses précédentes à M. Colin, M. Chauveau les résume en ces termes :

« J'ai dit que le fluide vaccinal soumis à des dilutions graduelles se comporte comme le sperme au point de vue de l'action exercée sur l'activité spécifique de l'humeur. L'aptitude virulente dans l'un tout aussi bien que l'aptitude fécondante dans l'autre n'est pas atteinte ou atténuée par la dilution, mais simplement dispercée çà et là au sein de la masse liquide. On n'a même pas tenté d'attaquer les expériences qui ont mis en lumière ce premier ordre de faits. En résumé, M. Chauveau conclut que dans les humeurs virulentes l'activité appartient exclusivement aux matières en suspension qui nagent dans la sérosité.

« La signification de mes expériences ne va pas au-delà de ces conclusions. Elles ne pouvaient rien apprendre et je n'ai pas eu la prétention de leur rien faire dire sur la nature essentielle du virus. »

En terminant, M. Chauveau, sans vouloir entrer dans la discussion sur la leucocytose morveuse, tient à rappeler pourtant que cette leucocytose a été signalée d'abord par les docteurs Christol et Kieuer à la suite d'observations et d'expériences dont le plus grand nombre ont été faites à l'Ecole vétérinaire de Lyon.

M. Colin commence par rétablir la vérité en ce qui touche la découverte de la leucocytose morveuse. Ce n'est pas à Lyon, mais à Paris, que cette découverte s'est faite. Celui qui a signalé le fait le premier, il y a vingt ans, c'est Delafond, et M. Colin l'a secondé dans ses recherches ; il l'a, du reste, déclaré par deux fois dans son mémoire. MM. Christol et Kieuer sont venus après Delafond, et, quant à lui-même, M. Colin, il s'est bien gardé de s'attribuer une priorité qui revient à autrui. Abordant ensuite le fond de la lettre de M. Chauveau, M. Colin déclare que ce physiologiste a été victime d'une erreur quand il a cru à la diffusion des substances albumineuses. Ses expériences étaient mal entendues, car, se servant de tubes très-étroits, presque capillaires, il a négligé de tenir compte des effets de capillarité qui devaient faire monter le liquide vaccinal le long des parois de ces tubes jusqu'à une certaine hauteur. Quand il versait ensuite sur le vaccin une couche très-mince d'eau, de 4 à 5 millimètres au plus, il devait déjà s'attendre à un mélange par cette première raison. Une autre cause de mélange résultait de l'aspiration du liquide supérieur à l'aide d'une pipette. Pour obtenir un résultat sérieux, il fallait procéder autrement. C'est pourquoi M. Colin a institué toute une série d'expériences autrement conçues, dont le résultat est en contradiction formelle avec les données de M. Chauveau. Prenant des liquides albumineux de diverses sortes, sérum du sang, lymphe, etc., M. Colin en a placé une quantité très-notable dans de larges tubes, puis les a recouverts d'une couche d'eau distillée haute de quelques centimètres. Jamais, dans de telles conditions, il n'a observé de diffusion dans les couches supérieures de l'eau superposée. Jamais, même après un contact très-prolongé, cette eau ne donnait la moindre trace de coagulation par l'acide nitrique ou par la chaleur, sauf tout à fait en bas, c'est-à dire vers les points où l'on devait supposer un mélange mécanique. Non content de ces premiers faits, M. Colin a voulu étudier à ce point de vue le vaccin lui-même, il a inoculé des taureaux en multipliant les piqûres le plus possible, et il est ainsi parvenu à se procurer assez de vaccin pour pouvoir se servir de tubes d'un diamètre notable et procéder comme pour le sérum. Les résultats ont été les mêmes : constamment négatifs au point de vue d'une réelle diffusion de l'albumine. Voilà pourquoi M. Colin ne veut pas admettre les théories de M. Chauveau, basées sur une erreur d'expérimentation.

Quant à ce qui touche les lavages successifs, les expériences de M. Chauveau sur ce sujet ont encore été très-mal comprises. Elles n'étaient pas faites pour tromper des médecins physiologistes. Pour s'y laisser prendre, il fallait que l'on fût complétement étranger à la pratique expérimentale...

M. Bouley proteste au nom de l'Académie des sciences, qui a couronné les travaux de M. Chauveau, et au nom de M. Chauveau lui-même.

Contribution à l'étude des troubles circulatoires visibles à l'ophthalmoscope dans les lesions traumatiques du cerveau. — M. Panas lit un travail sur ce sujet, dont voici les conclusions :

1° La stagna-papille se montre souvent à la suite de diverses lésions traumatiques de l'encéphale (commotions, contusions, blessures, fractures du crâne, etc.).

2° La stase en question ne s'accompagne pas toujours de troubles visuels. Aussi l'on doit examiner le fond de l'œil de tous les individus blessés à la tête, qu'ils accusent ou non une diminution de leur acuïté visuelle.

3° D'après les autopsies qui nous sont propres, cette stase semble dépendre, comme le veut Schwalbe, de l'infiltration de sang ou de sérosité dans la gaîne optique, et non de la lésion cérébrale elle-même.

4° La stagna-papille ne peut être considérée comme se rattachant à telle variété de traumatisme du cerveau plutôt qu'à telle autre ; pas plus qu'il n'est permis de juger, d'après elle, de la gravité de la lésion.

5° Tout ce qu'on peut affirmer, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est que la stase papillaire indique la présence d'un liquide épanché dans les méninges.

Sur la myotomie oculaire par la méthode sous-conjonctivale. — M. Jules Guérin lit un mémoire, dont voici les conclusions :

Si l'on veut bien prendre en considération les observations et les expériences que ce mémoire renferme, on peut voir d'abord que l'opération du strabisme n'est ni aussi simple ni aussi facile qu'on l'avait cru généralement, et ne consiste pas seulement dans une section telle quelle des brides musculaires et aponévrotiques ; que, considérée abstractivement du caractère général de la méthode, qui consiste à soustraire la plaie au contact de l'air, et seulement comme moyen de corriger une difformité, cette opération a des principes fixes qui ne sont autres que la formule des conditions matérielles propres à fournir les *indications* multiples appréciables, préalablement établies ; principes nombreux, d'une application difficile, et exigeant une grande délicatesse dans les *moyens d'exécution* : que les procédés de la méthode sous-conjonctivale, les seuls qui aient été conçus en vue de ces principes, sont aussi les seuls capables de les réaliser entièrement ; enfin, que les résultats obtenus portent le cachet de la constitution rationnelle de ces procédés.

On trouvera, dans les propositions générales qui suivent, le résumé de ces *principes*, de ces *moyens d'exécution* et de ces *résultats*. Nous joignons à ces derniers les effets consécutifs de l'opération qui, par leur liaison éloignée avec les éléments caractéristiques et primitifs de la difformité guérie, sont propres à déterminer la valeur totale de la méthode.

§ I. *Principes de l'opération.* — A. Détruire *tous* les éléments, et ne *détruire* que les éléments étiologiques matériels de la difformité.

B. Chercher à obtenir la réunion bout à bout des extrémités musculaires divisées, sans adhérence avec le globe oculaire.

C. Maintenir ces extrémités dans un degré d'écartement tel, que la distance intermédiaire ne soit ni trop courte ni trop longue.

D. Ménager, autant que possible, l'insertion antérieure du fascia à la sclérotique.

E. Eviter les adhérences solides et étendues du fascia avec la sclérotique, de manière que ses feuillets puissent continuer à glisser plus ou moins librement sur le globe de l'œil.

§ II. *Moyens de réaliser ces principes.* — A. La méthode sous-conjonctivale donne, aussi bien que les autres méthodes de myotomie oculaire, tous les autres moyens d'atteindre et de détruire les éléments étiologiques de la difformité ; le procédé par dissection pouvant toujours remplir sous

ce rapport les indications les plus étendues, auxquelles ne répondrait pas le procédé par ponction. Mais la méthode sous-conjonctivale permet seule de n'atteindre que ces éléments : le procédé par ponction pouvant limiter à volonté ou même éviter à peu près complétement la division des membranes péri-musculaires.

B. Elle obtient la réunion des deux bouts du muscle, sans adhérence avec la sclérotique, en conservant le plus intacte possible la gaîne membraniforme, qui sert de tube conducteur à la matière plastique. Cette condition est parfaitement remplie au moyen du procédé par ponction dans lequel la gaîne est seulement divisée en travers et peut même, au besoin, être complétement respectée.

Elle l'est également par le procédé dit *par dissection*, dans lequel on ne soulève que le feuillet superficiel pour aller chercher le muscle dans sa loge.

C. En permettant de couper tout ce qu'il faut et rien que ce qu'il faut, les deux procédés de la méthode permettent par cela même, mieux qu'aucun autre, de proportionner l'écartement des bouts musculaires au degré de la rétraction mesuré par le degré de la déviation, et aussi par les autres caractères de la difformité. Ensuite elle assure, à la matière intermédiaire de nouvelle formation, une longueur convenable, et ce résultat, elle l'obtient par l'emploi des mouvements mécaniques de l'œil au moyen des lunettes orthopédiques.

D. L'insertion antérieure du fascia à la sclérotique reste à peu près intacte dans le procédé par ponction, qui ne lui fait subir qu'une simple piqûre, et dans le procédé par dissection, qui se borne à soulever le feuillet superficiel en conservant les attaches du feuillet profond ; et quand, exceptionnellement, la rétraction du fascia oblige à détacher, dans une certaine étendue, l'insertion antérieure des deux feuillets, comme nous proportionnons toujours l'étendue de la dissection à celle de la rétraction, nous ne faisons que ramener les moyens d'union du globe oculaire à leurs conditions normales, loin de les détruire.

E. Enfin, le procédé par ponction, en respectant presque complétement la loge et la gaîne musculaires, et le procédé par dissection, en respectant le feuillet profond, permettent le glissement du fascia sur le globe oculaire après la cicatrisation.

§ III. *Résultats de la méthode.* — L'application des principes ci-dessus énoncés, se traduisant d'abord et principalement dans la direction et les mouvements du globe de l'œil, voici, sous ces deux premiers points de vue, les résultats de cette application.

Sur 192 opérations, après une seule opération :

Redressement complet, 156, soit 5 sur 6.

Deviation dans le sens du strabisme opéré, 30, soit 1 sur 6 et demi.

Déviation en sens opposé, 6, soit 1 sur 32.

Rétablissement du mouvement jusqu'au contact de la cornée et de l'angle palpébral, 176, soit 11 sur 12.

Réduction du mouvement dans le sens du strabisme opéré, 10, soit 1 sur 19.

Réduction en sens opposé, 27, soit 1 sur 7.

Réduction dans les deux sens, 6, soit 1 sur 32.

Après réopération :

Redressement complet, 175, soit 11 sur 12.

Rétablissement du mouvement jusqu'au contact de la cornée et de l'angle palpébral, 153. soit 10 sur 12.

Ce premier ordre de résultats, quelque satisfaisants qu'ils soient, aurait paru modeste aux chirurgiens qui se piquaient de réussir dans toutes leurs opérations de strabisme. La manière dont ils entendaient le succès, et les illusions qui en provenaient, expliquent peut-être leurs prétentions, mais ne les justifient pas. Nous le répétons, nous sommes encore à constater un succès complet, tel que nous le comprenons et l'exigeons pour nous-mêmes, par les procédés de myotomie autres que ceux de la méthode sous-conjonctivale.

Mais au-delà de la restauration anatomique, il y avait la restauration physiologique. Or le résultat matériel de l'opération sur la régularité de

la forme de l'œil et de ses mouvements exerce, comme chaque fait particulier en a témoigné, la plus grande influence sur le rétablissement des fonctions visuelles.

Les altérations de ces fonctions, qui sont l'effet direct et nécessaire des changements de rapport des humeurs de l'œil, soit *fixes*, par suite des déformations *permanentes* du globe oculaire, soit *temporaires*, par l'effet de la désharmonie de ces mouvements et des pressions anormales qui en résultent, ces altérations, dis-je, ont diminué et même, dans quelques cas, out tout à fait disparu avec la disparition des causes qui les avaient produites et entretenues. Le mal que la fonctionnalité anormale avait fait, la fonctionnalité normale l'a corrigé ; et dans les deux cas, la fonction a défait et refait l'organe. C'est à ce titre que la perfection du système opératoire est devenue la clef et la condition de la restauration fonctionnelle consécutive à la restauration organique, l'une et l'autre en corrélation directe avec le mode opératoire employé.

C'est dans ce sens et pour ce motif que j'ai donné à l'opération de la myotomie oculaire, appliquée au strabisme, lorsque cette opération a satisfait à toutes les conditions d'harmonie de forme, de direction, de régularité et d'intégrité de mouvements, la désignation de *chirurgie de précision*. Il n'est aucune opération de la chirurgie où cette condition soit plus nécessaire, et il n'en est aucune, quand elle atteint complétement son but, qui mérite mieux cette dénomination. Or, c'est, si je ne me trompe, le résultat final qu'a atteint la myotomie sous-conjonctivale.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 25 février 1876 ; présidence de M. Laboulbène.

Leucocythémie, ramollissement de la rate. — M. Potain présente une rate volumineuse en entièrement ramollie, qui a été recueillie chez un malade mort dans son service.

Cet homme était entré pour la première fois dans le service de M. Potain en 1873. A cette époque, depuis un an déja, il toussait, avait maigri et présentait dans le côté gauche une tumeur volumineuse, qu'il était aisé de reconnaître pour la rate. Cet homme présentait un grand nombre de globules blancs dans le sang. Sous l'influence d'un traitement général reconstituant, on constata chez lui une notable amélioration ; le nombre des globules blancs diminua sensiblement, et il put sortir de l'hôpital. L'année dernière, au mois d'août, il rentre dans le service présentant l'état suivant : la rate remplissait entièrement le flanc gauche, l'hypogastre, et dépassait la ligne blanche du côté du flanc droit ; elle était dure comme du bois. Peu de temps après, elle était réduite de moitié et était devenue molle et fluctuante. Une première ponction donna issue à une substance violacée, véritable boue splénique. Trois ponctions successives furent ainsi pratiquées sans accident. La quatrième donna issue a du pus. Le malade eut de la fièvre; on put constater chez lui tous les signes d'une endocardite valvulaire. Un jour, il ressentit une violente douleur dans le membre inférieur gauche, avec refroidissement de ce membre et un gonflement du genou, qui offrait tout a fait l'apparence d'un rhumatisme articulaire aigu. Enfin ce malade prit une variole, à laquelle il succomba.

En comparant chez ce malade les rapports des modifications de la rate avec le nombre des globules, on voit que ce dernier diminuait à mesure que la rate augmentait de volume, et réciproquement.

M. Vidal, dans un cas de ce genre, a constaté, au contraire, une augmentation parallèle du nombre des globules blancs et du volume de la rate.

M. Lancereaux demande si l'artère splénique a été examinée dans toute son étendue. Car il arrive souvent que, chez des malades atteints d'endocardite végétante, on trouve dans l'examen des artères l'explication du gonflement douloureux de l'articulation du genou, si souvent confondu, dans ces cas, avec le rhumatisme articulaire aigu.

M. Potain répond que la dissection do l'artère spléniquo n'a pas encore été faite, mais qu'elle le sera.

Rapports des oreillons avec les fièvres éruptives. — M. Léon Colin lit un travail sur ce sujet, dont voici un court résumé :

Deux opinions très-différentes ont cours relativement a la patbogénie des oreillons : les uns pensent qu'ils sont dus à l'action du froid humide; les autres croient que, comme les affections transmissibles de l'homme à l'homme, les oreillons relèvont d'un germe déterminé, spécifique, et les rapprochent en cela des fièvres éruptives. M. Colin analyse ces deux opinions, et les discute en se basant sur un grand nombre de faits observés par lui dans l'armée.

L'influence du froid et de l'humidité joue un rôle incontestable dans la pathogénie des oreillons. Plus fréquents dans les pays brumeux, sur le bord de la mer, dans les brusques oscillations de température, on les voit dans l'armée, atteindre de préférence les hommes soumis à do brusques refroidissements. En-outre, une circonstance qui plaide en faveur de la toute-puissance des causes atmosphériques dans la patbogénie des oreillons, c'est la rapidité de l'intumescence parotidienne conséeutive, rapidité qui paraît exclure toute période préalable, soit d'incubation, soit même d'invasion.

Ces faits permettent-ils de contester la nature spécifique des oreillons ? Parmi les fièvres exanthématiques n'en est-il pas qui soient notablement influencées par les influences banales, notamment par les influences atmosphériques ? Quoi qu'il en soit, M. Colin n'a jamais, dans l'armée, vu aucun cas sporadique, isolé de parotidite idiopathique. Donc une constitution atmosphérique banale ne peut être considérée comme suffisante a créer la maladie. On voit une série d'enfants atteints d'oreillons, dans la même maison, alors qu'on les a soumis à une reclusion presque absolue; il en est donc en cela des oreillons comme de la scarlatine, de la rougeole. M. Colin n'en admet pas moins l'influence considérable des conditions météorologiques, non-seulement comme cause excitante individuelle dans un très-grand nombre de cas d'oreillons, mais comme constituant pour cette affection, comme pour d'autres maladies contagieuses, des milieux plus ou moins favorables à son développement épidémique.

M. Colin aborde ensuite l'étude des rapports des oreillons avec les fièvres éruptives. Il étudie successivement, sous le titre de similitudes épidémiques, les faits empruntés aux conditions de propagation et de développement épidémiques des oreillons, et, sous celui de similitudes cliniques, les analogies entre l'évolution clinique des oreillons et celle des fièvres éruptives. Au point de vue des similitudes épidémiques, les principales conditions de rapports entre les oreillons et les fièvres éruptives se rencontrent dans les circonstances suivantes : leur mode de transmissibilité, l'immunité conférée par une première atteinte, leur non-sporadicité, leur fréquence chez les jeunes sujets et chez les soldats, l'atteinte successive, dans un centre de population donné, des divers groupes de cette population ; la simultanéité des épidémies exanthématiques, M. Colin développe chacune de ces conditions.

La transmissibilité des oreillons est un fait démontré. Quant à l'innocuité habituelle pour leurs voisins d'hôpital, des malades atteints d'oreillons, M. Colin l'explique, comme pour la rougeole, par exemple, par une certaine participation, dans la pathogénie des oreillons, des conditions météorologiques à l'abri desquelles se trouvent placés les malades d'hôpital.

L'immunité conférée par une première atteinte est non moins certaine pour les oreillons que pour la variole ou la rougeole ; et les exceptions à cette règle sont peut-être plus rares encore pour les oreillons que pour les fièvres éruptives.

Les oreillons, pas plus que la rougeole, la variole, n'apparaissent jamais sporadiquement.

Comme les fièvres éruptives, les oreillons constituent des épidémies parfois exclusives aux enfants ; dans les villes de garnison, les soldats sont plus souvent atteints que les adultes civils : 1° parce qu'il s'y trouve peu

d'individus préservés par une atteinte antérieure ; 2° parce que la vie en commun supprime tout obstacle au contage.

Contrairement à ce qui a lieu pour les affections saisonnières, les épidémies d'oreillons envahissent lentement et successivement divers groupes, diverses catégories de cette population. Elles présentent avec les épidémies de variole et de rougeole ce double caractère commun : 1° de durer assez longtemps (dix-huit mois à trois ans); 2° au lieu d'apparaître simultanément dans divers quartiers de la ville, de n'éclater dans les divers milieux favorables à leur développement que lorsque le germe morbide y a été transporté.

Enfin, le point de contact le plus incontestable des oreillons avec les fièvres éruptives, paraît être la simultanéité de leurs épidémies avec celles de ces dernières affections. Non-seulement donc les oreillons présentent de grandes similitudes avec les fièvres éruptives dans leurs allures épidémiques, mais encore il semble exister une grande affinité entre les conditions qui créent la constitution médicale exanthématique et celles dont relèvent les épidémies d'oreillons. Toutefois, il ne serait pas rationnel de tirer de semblables analogies une conséquence exagérée en transformant la similitude en identité.

M. Colin étudie ensuite les similitudes cliniques entre les oreillons et les fièvres éruptives. On a rapproché d'une manière trop précise les symptômes qui annoncent le début de l'orchite métastatique de ceux des trois fièvres éruptives. Dans la majorité des cas, l'affection évolue avec un calme qui ne rappelle en rien l'appareil fébrile de ces pyrexies. Dans bien des cas où un appareil fébrile a précédé la tuméfaction des parotides, on peut, suivant M. Colin, en rapporter la cause à des complications de voisinage telles que l'angine. Cette absence habituelle de fièvre d'invasion, soit de l'oreillon même, soit de l'orchite consécutive, n'est pas, comme on l'a prétendu, un argument suffisant contre la spécificité de cette affection. Du reste, avant de juger cette question, il faut tenir compte des cas assez nombreux où l'appareil des symptômes généraux présente une gravité remarquable. M. Colin rappelle les cas de ce genre observés par les auteurs et en rapproche deux cas observés par lui durant l'épidémie actuelle, et dans lesquels un véritable appareil typhoïde se manifeste au moment de la résolution des parotides ; les épistaxis se renouvelaient deux ou trois fois par jour ; l'insomnie absolue, la fièvre, l'adynamie rappelaient entièrement le début de la dothiénentérie. L'amélioration se manifesta brusquement au bout de cinq à six jours, en même temps que se développait l'orchite secondaire.

M. Colin signale d'autres complications insolites observées par quelques auteurs dans le cours des oreillons, telles que des convulsions parfois mortelles, de douleurs articulaires rappelant le rhumatisme scarlatineux, une desquamation analogue à celle de la rougeole, avec maculations cuivrées, mais sans éruption préalable, une coloration rosée spéciale à la partie interne des joues, véritable énanthème correspondant à celui des fièvres éruptives, et qui a été constaté par M. Guéneau de Mussy. Mais M. Colin insiste particulièrement sur une autre complication, signalée en 1872 par Pratolouzo (de Genève), l'anasarque, complication qui, depuis, n'a été signalée que par un seul auteur contemporain, Léon Renard. C'est pourquoi M. Colin rapporte dans tous ses détails l'observation d'un malade chez lequel cette complication constitua le fait dominant, et se rattacha à un appareil morbide qui devait être mortel. Cette observation a été recueillie par M. Ehrman, médecin stagiaire au Val-de-Grâce. Elle est ainsi intitulée : « Orchite et oreillons, albuminurie aiguë, urémie ; mort ».

Elections. — MM. Laveran et Lereboullet sont nommés membres titulaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 16 et 23 février 1876; présidence de M. Houel.

Rétinite pigmentaire. — M. Perrin lit un rapport sur une observation de rétinite pigmentaire adressée par M. Poncet (de Cluny). L'examen histologique de la rétine n'a pas démontré la présence du pigment. Ce fait d'ailleurs de rétinite pigmentaire sans pigment paraît être assez fréquent.

De l'ostéotomie dans les déviations rachitiques. — Le mémoire de M. Jules Bœckel, sur lequel M. Tillaux lit un rapport, repose sur neuf observations dues à la pratique du chirurgien de Strasbourg et à celle de son frère M. Eugène Bœckel. La première a trait à un enfant de deux ans qui présentait une courbure du membre inférieur ayant pour résultat de faire reposer le pied sur son bord externe. L'ostéotomie fut pratiquée sur le tibia et le péroné et au bout d'un mois la consolidation et la guérison étaient obtenues. Dans deux autres cas, cette même opération fut faite dans le but de remédier à une incurvation latérale externe des deux jambes; au bout de quelques semaines, le redressement était obtenu, et on a pu constater seize mois plus tard qu'il était maintenu et qu'il n'y avait pas de claudication. Enfin dans les dernières observations, le résultat fut également favorable. Il est facile du reste de s'en convaincre, en jetant un coup d'œil sur les moules en plâtre qui accompagnent le mémoire de M. Bœckel et qui représentent les membres, avant et après l'opération.

En réunissant aux faits de M. Bœckel tous ceux qu'il a pu trouver dans la pratique des chirurgiens étrangers, M. Tillaux a constaté que sur un total de trente quatre observations, il n'y avait pas un seul insuccès. C'est là, dit-il, une statistique qui doit encourager les chirurgiens français à tenter cette opération. Mais à quel âge faut-il opérer le redressement? Il est évident que le jeune âge sera le plus favorable. On devra aussi faire entrer en ligne de compte l'époque du début des accidents rachitiques. En effet, dans la première période de cette affection, les os sont mous, tandis que dans la deuxième ils ont éburnés et tellement durs, que les instruments courent le risque de s'y briser. Malgré les avantages et le peu de dangers que présente l'ostéotomie, M. Bœckel donne néanmoins le conseil de ne pratiquer cette opération qu'après avoir tenté les autres moyens. Mais si le redressement et l'ostéoclastie manuelle restent sans résultat, il ne faut plus hésiter. Le manuel opératoire est le suivant : on fait d'abord une petite incision à la peau, puis on arrive directement sur l'os et on décolle le périoste. L'incision ne doit avoir que la longueur nécessaire pour permettre le passage d'un ciseau; cet instrument, dont M. Bœckel se sert exclusivement avec un maillet, est préférable à la scie à chaîne. Il pense également qu'il vaut mieux faire l'ostéotomie complète du premier coup que d'attendre, comme l'ont conseillé quelques chirurgiens, la cicatrisation de la plaie pour achever ensuite la fracture; il peut, en effet, dans ce dernier cas se produire des éclats osseux qui seront la cause d'accidents ultérieurs. La section une fois faite, le redressement s'obtient facilement et le membre est placé dans une gouttière plâtrée. Le pansement de Lister paraît donner dans ce cas d'excellents résultats.

M. Le Fort ne partage pas l'enthousiasme de M. Tillaux pour l'ostéotomie dans les cas de courbures rachitiques. C'est une opération au sujet de laquelle Malgaigne a mentionné quelques observations; elle est donc déjà ancienne, et si elle a été abandonnée c'est qu'elle n'a pas donné d'excellents résultats. Dans la plupart des cas, du reste, l'application des appareils suffit pour obtenir le redressement des os.

C'est Jobert (de Lamballe), au dire de M. Guérin, qui aurait le premier pratiqué cette opération en enlevant un coin dans la longueur d'un os pour redresser une incurvation rachitique. Si l'ostéotomie nous revient aujourd'hui d'Allemagne, ce n'est par conséquent qu'une réimportation.

M. PANAS fait observer qu'en présence des résultats heureux de M. Bœckel et de ceux des chirurgiens allemands, il est un fait parfaitement acquis aujourd'hui, c'est qu'on peut produire sans grand danger une fracture osseuse au fond d'une plaie qui la met en communication avec l'air extérieur. Aussi le chirurgien sera-t-il en droit d'avoir recours à l'ostéotomie toutes les fois qu'il n'aura pu obtenir le redressement avec la main. Il ressort également de la lecture des observations que l'emploi du ciseau expose moins à la suppuration que celui de la scie. C'est là un fait dont il faut tenir compte. Quant au pansement de Lister, ce n'est pas à lui qu'il faut attribuer les bons résultats, puisqu'à Vienne on emploie la glace avec le même succès.

M. BLOT se demande à quel âge on pratiquera cette opération. Il n'y a pas, selon lui, d'indication au-dessous de dix ans, car jusqu'à cette époque de la vie on peut obtenir le redressement des os à l'aide d'appareils convenables et d'une hygiène bien entendue.

M. DEPAUL partage tout à fait cet avis. Il a vu bien souvent les courbures rachitiques s'effacer complétement ou au moins s'atténuer dans une large mesure, et cela non pas seulement jusqu'à dix ans, mais bien jusqu'à quinze. Aussi rejette-t-il d'une façon aussi absolue l'ostéotomie comme une opération le plus souvent inutile et qui, quoi qu'on en dise, peut être suivie d'accidents.

M. TILLAUX n'a aucune expérience personnelle sur la facilité avec laquelle le redressement des os peut s'opérer chez les rachitiques sans l'intervention chirurgicale. Répondant à l'objection de M. Blot, il fait observer que si on attend, comme le conseille ce dernier, jusqu'à l'âge adulte pour pratiquer l'ostéotomie, cette opération, bénigne en quelque sorte chez l'enfant, pourra à cet âge plus avancé ne pas être exempte de dangers.

M. LE FORT rappelle que c'est en 1852 que Meyer (de Wurtzbourg) a publié les résultats que l'ostéotomie lui avait donnés pour le redressement des déviations rachitiques. Le mémoire de M. Langenbeck sur ce sujet remonte également à vingt ans; c'est donc une opération déjà ancienne. Malgré le peu de gravité qu'elle présente, il croit cependant qu'il ne faut y avoir recours que dans les cas où il ne reste plus d'espoir de redresser les membres par les autres moyens. Il a soigné plusieurs enfants chez lesquels il a pu, à l'aide d'appareils, redresser complétement des membres dont la déviation était cependant très-prononcée.

M. VERNEUIL trouve qu'il aurait suffi d'une année et de quelques appareils très-simples, pour obtenir le redressement des membres tel que le représentent les moules de M. Bœkel. Il ne voit donc pas la nécessité de pratiquer une opération qui, malgré son peu de gravité, donne encore une mortalité de 8 à 10 pour 100.

M. MARJOLIN a pensé qu'il serait intéressant pour éclairer cette discussion d'avoir l'avis d'un homme compétent. Aussi s'est-il adressé à M. Perrochaud, médecin de l'hôpital de Berck-sur-Mer. D'après les renseignements fournis par cet éminent praticien les déviations rachitiques se produisent rarement au-dessous de deux ans et au-dessus de douze. Dans ces limites, sur soixante-dix-neuf enfants qu'il a traités à Berck depuis 1870 par l'usage seul des bains et de l'air de la mer, trente ont été guéris, trente-deux ont subi une grande amélioration, sept seulement sont restés infirmes, enfin six ont succombé et quatre ont été repris par leurs parents. L'âge le plus favorable à la guérison serait de deux à huit ans; passé cette limite elle peut encore être obtenue, mais il faut alors un séjour très-prolongé sur le bord de la mer. M. Perrochaud a remarqué aussi que l'établissement de la menstruation chez les filles rachitiques semblait amener une amélioration dans leur état.

La communication de M. Perrochaud démontre donc clairement que le meilleur moyen de guérir les déviations, surtout dans l'enfance, c'est de soustraire l'individu à la cause réelle du rachitisme, c'est-à-dire à la mauvaise alimentation et aux conditions hygiéniques défectueuses au moment du sevrage.

Pour M. BLOT, l'établissement de la menstruation serait plutôt une conséquence qu'une des causes de l'amélioration dans le rachitisme. On pourrait, selon lui, commencer à employer le traitement maritime avant

l'âge de deux ans ; il a vu en effet un enfant de douze mois guérir complètement au bout d'un séjour de six semaines sur la plage de Trouville.

Puisque, d'après les faits cités par le rapporteur, l'ostéotomie peut être considérée comme une opération relativement peu grave, MM. Panas, Trélat et Le Fort pensent que les chirurgiens pourront y avoir recours; mais leur intervention ne sera justifiée que lorsque tous les autres moyens auront été employés sans succès.

Sur le pansement de Lister. — M. Le Fort communique sur ce sujet une note de M. Berns, de l'université de Fribourg-en-Brisgau. Ce chirurgien emploie depuis longtemps le pansement de Lister, mais malheureusement cette méthode ne lui a pas donné les résultats qu'il en espérait et le chiffre de la mortalité chez ses opérés a été assez élevé.

M. Lucas Championnière présente un malade chez lequel il a enlevé, il y a dix-huit jours, une tumeur de la parotide offrant le volume d'un œuf de dinde. Grâce au pansement de Lister, la plaie n'a pas suppuré et il n'y a eu qu'un peu de fièvre traumatique, pendant laquelle la température n'a même pas dépassé 38 degrés. La guérison était complète au bout de deux semaines.

Cysticerques multiples chez l'homme. — M. Broca présente un malade atteint de cysticerques multiples siégeant dans les muscles, le tissu cellulaire et peut-être même dans quelques viscères.

Voici en résumé l'histoire pathologique de ce malade. Il est âgé de vingt-sept ans et exerçait la profession de cocher qu'il a quittée l'an dernier pour celle de cordonnier. Il y a quatre ans, il rendit des anneaux qui très-probablement étaient des anneaux de tænia. Aucun traitement ne fut administré. Quelque temps après cette première expulsion, il perdit un jour connaissance et resta longtemps dans cet état. Depuis ces accidents ce sont renouvelés deux ou trois fois, mais d'une façon moins soudaine et moins grave ; la dernière fois (c'était au mois de décembre) ce ne fut qu'un simple vertige. Jamais ces pertes de connaissance n'ont présenté les caractères bien tranchés de l'épilepsie. Il y a huit mois, le malade s'aperçut qu'il avait sur la poitrine une petite boule, et bientôt toute la surface de son corps en fut criblée. Ces petites tumeurs étaient indolentes ; elles avaient la forme d'une olive, présentant une longueur de 10 millimètres sur 3 de large et avaient presque toutes leur grand axe parallèle aux fibres musculaires. M. Broca a traité ces tumeurs par la ponction à l'aide d'une aiguille à cataracte ; il a constaté qu'elles étaient formées par des cysticerques ; il n'a pas fait d'injection dans les poches kystiques. Près de quatre cents piqûres ont été pratiquées. Ces tumeurs ont aujourd'hui considérablement diminué et elles ont la forme de grains d'orge. Les accidents cérébraux ont à peu près disparu : il ne reste plus qu'une demi-surdité, qui même n'est que passagère, et une légère altération de la vision, qui est due non à la présence des cysticerques dans l'humeur vitrée, mais à un commencement d'atrophie de la rétine. Cette coïncidence du cysticerque et du tænia, qui est assez fréquente chez les animaux, n'a jamais été signalée chez l'homme.

Présentation d'instruments. — M. Giraud-Teulon présente de la part du docteur Badal un nouvel optimètre ; cet instrument donne à la fois la mesure de l'état de réfraction et l'acuïté de la vision.

Elections. — M. Th. Anger est nommé membre titulaire de la Société de chirurgie.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 février 1876 ; présidence de M. Oulmont.

Note sur les différentes variétés de chloral. — M. Hardy lit une note sur ce sujet (voir plus haut).

Poudre de sang soluble. — M. Limousin présente à la Société de la poudre de sang préparée par M. G. Le Bon (voir t. LXXXIX, p. 371). Cette poudre, qu'il obtient en évaporant du sang défibriné à une basse température et très-rapidement, offre ces caractères qu'elle ne présente aucune odeur et qu'elle se dissout très-facilement dans l'eau, en donnant une solution qui reproduit exactement le sang défibriné; au microscope on y retrouve les globules déformés.

M. Limousin pense que l'on pourrait utiliser en thérapeutique cette poudre de sang soluble.

M. Gubler ne peut comprendre comment la paroi des globules devient soluble, à moins que l'on n'ajoute quelques gouttes d'acide chlorhydrique à la préparation.

M. Mialhe ne croit pas aux avantages de la préparation de M. Le Bon.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Uranoplastie exécutée pendant l'anesthésie la tête pendante, par le docteur Arturo Menzel. — On n'endort guère ordinairement les patients lorsque l'on pratique des opérations à la voûte palatine, à cause des dangers produits par la pénétration du sang dans les voies aériennes.

Voulant faire bénéficier un de ses opérés de l'anesthésie, le docteur Menzel le plaça, après la chloroformisation, dans la position suivante. L'opéré étant couché sur le dos de manière que sa tête et son cou fussent hors de la table d'opération, un aide fut chargé de la maintenir fléchie en arrière pendant tout le temps de l'opération. De cette façon la voûte palatine était en bas et le sang provenant de l'avivement s'écoula par les narines.

Pendant l'opération, qui dura trois quarts d'heure, il n'y eut aucun symptôme inquiétant du côté de la respiration et du pouls, mais la tête était tellement congestionnée, que sa circonférence était augmentée de 1 centimètre. (*Gazetta med. Italiana Lombardia* 26 février 1876, p. 81.)

De la température dans l'éclampsie. — Deux thèses soutenues récemment devant la Faculté de médecine, par MM. Dieudé et Herbart, apportent des faits nouveaux à l'appui des opinions émises par MM. Bourneville et Budin. M. Bourneville, étudiant la marche de la température dans les maladies du système nerveux, était arrivé à cette conclusion que dans l'état de mal éclamptique la température *s'élève* depuis le début jusqu'à la fin. Si, ajoutait-il, cet état de mal doit se terminer par la mort, la température continue d'augmenter et parvient à un chiffre très-élevé. Si, au contraire, les accès disparaissent, et si le coma diminue ou cesse d'une façon définitive, la température s'abaisse progressivement et revient au chiffre normal. — On comprend toute l'importance de ces conclusions au point de vue du diagnostic, et M. Bourneville a pu nettement différencier l'éclampsie de l'urémie, affection dans laquelle, au contraire, la température *s'abaisse* d'une façon progressive. Les nouvelles observations rapportées par MM. Dieudé et Herbart confirment ces conclusions de l'ancien interne de M. Charcot. Deux faits exceptionnels, rapportés par M. Dieudé, semblent cependant montrer que le nombre des accès est peut-être moins important pour le pronostic : « Au point de vue de la gravité du mal, dit-il, l'accès n'est que peu de chose, la température est tout. »

La marche de la température a, en effet, une grande importance au

point de vue du pronostic et du traitement, comme l'a nettement indiqué le premier M. Budin, en 1872 (voir *Gaz. des hôpitaux*, 1872, p. 873 et 1153). Les idées qu'il a émises à cette époque, idées qui ont été depuis acceptées et exposées par M. Bourneville, sont appuyées de nouveau par les faits et les travaux de MM. Dieudé et Herbart. La découverte de M. Bourneville peut donc, au lit des malades, rendre de très-grands services au médecin qui prendra avec soin la température toutes les heures ou toutes les deux heures, et nos confrères savent quelle affection terrible est l'éclampsie puerpérale. (*Thèse de Paris*, 1875.)

De l'emploi du chlorure de zinc dans les adénites scrofuleuses et les syphilides tuberculo-ulcéreuses. — Le docteur René Franchis rend compte de la pratique de son maître le docteur Laithier, qui traite les adénites scrofuleuses et certaines formes de la syphilis par le chlorure de zinc; ce corps s'emploie sous la forme de pâte et à l'état liquide.

La pâte est préparée selon la méthode de Bonnet, et instantanément, quand il n'y a pas de pâte faite d'avance. On prend de la farine en quantité suffisante pour faire la pâte nécessaire, on la met dans un petit vase, puis on verse quelques gouttes de chlorure de zinc liquide; on malaxe, puis, se frottant les mains de farine, le préparateur prend la pâte dans la main, la pétrit et lui donne la forme qu'il lui plaît pour l'application : le reste de la pâte non employée est taillé pour servir à un nouveau malade; car ses propriétés se conservent très-longtemps. Voilà pour le chlorure de zinc en pâte.

Pour avoir le chlorure de zinc en déliquium liquide, on laisse ses cristaux à l'air, il en attire l'humidité, étant très-hygrométrique, et il tombe en déliquium. On l'injecte à l'aide de la seringue de Pravaz dans la partie qu'on veut détruire, à la dose de 1 à 4 gouttes.

Voici les conclusions de M. Franchis :

Indépendamment du traitement général (huile de morue, sirop de fer, vin de quinquina), nous pensons qu'on peut employer avec de grands avantages le chlorure de zinc sous forme de pâte de Canquoin :

Dans les cas d'adénites scrofuleuses suppurées avec cavernes, fongosités, trajets fistuleux, on met ainsi un terme à une suppuration qui épuise les malades. On a une cicatrice linéaire, ressemblant davantage à la peau saine, tandis que la cicatrice, obtenue par les seules forces de la nature, est disgracieuse, très-grande, à bords déchiquetés et violacés.

D'un autre côté, l'emploi du chlorure de zinc en déliquium par la méthode des injections sous-cutanées, nous paraît également indiqué toutes les fois que l'engorgement n'a pas cédé aux moyens ordinaires (pommades, etc.). Dans certains cas, on n le choix entre le bistouri et le caustique; mais on sait que le caustique donne aussi une cicatrisation linéaire et peu appréciable.

Nous ne pensons pas que ce traitement doive être employé à l'exception des autres ; mais il nous paraît devoir prendre rang parmi les agents thérapeutiques dirigés contre les affections scrofuleuses.

De plus, dans certaines formes de la syphilis, la syphilide tuberculo-ulcéreuse, par exemple, le chlorure de zinc, uni à la pâte ou en déliquium, peut rendre de grands services et donner ce qu'on n'avait pu obtenir des autres caustiques. (*Thèse de Paris*, 23 décembre 1875, n° 456.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Curare (Guérison d'un cas de tétanos par le). Marchionneschi, *lo Sperimentale*, février 1876, p. 188.

Chloral (Tétanos traité par le). Mort. Marchionneschi, *lo Sperimentale*, février 1876, p. 194.

Chloroforme dans le traitement de l'hémoptysie. (M'Cook Weir, *the Lancet*, 15 janvier 1876, p. 88.)

Résection du maxillaire inférieur dans trois cas d'épithélioma étendu ayant envahi cet os. (Christophe Heath, *id.*, p. 90.)

Anus imperforé; opération trente-trois jours seulement après la naissance; guérison. (Reginald Harrison, *the Lancet*, 26 février 1876, p. 312.)

Goudron (Administration interne du) dans le traitement du psoriasis. (R.-H. Clay, *Brit. Med. Journ.*, 12 février 1876, p. 191, et Anderson, *Brit. Med. Journ.*, 19 février 1876, p. 217.)

Pansement par occlusion à l'aide du caoutchouc dans le traitement du psoriasis. (Balmanno Squire, *Brit. Med. Journ.*, 19 février 1876, p. 217.)

Traitement des rétrécissements de l'urèthre (Leçons sur le), par F.-N. Otis. (*Brit. Med. Journ.*, 26 février 1876, p. 251.)

VARIÉTÉS

Faculté de médecine. — La Faculté a pourvu aux deux chaires vacantes de pathologie interne et d'histoire de la médecine; pour la première de ces chaires elle a proposé les candidats dans l'ordre suivant: 1° M. Parrot; 2° M. Ollivier; 3° M. Ball. — Pour la seconde : 1° M. Potain; 2° M. Jaccoud; 3° M. Peter.

Assistance publique. — Un coucours pour deux places de chirurgiens du Bureau central s'ouvrira le 1er mai.

Banquet de l'internat. — Désormais le banquet de l'internat aura lieu le jeudi qui suit Pâques; on veut en effet faire coïncider cette réunion confraternelle avec l'assemblée générale des médecins de France, qui se réunit à cette époque de l'année.

Nécrologie. — Le docteur Charles Lecomte, mort à Paris à l'âge de soixante ans. — Le docteur Loreau à Château-Renault (Indre-et-Loire.) — Le docteur Hubert père, professeur d'accouchements à l'Université de Louvain. — Le docteur Warburton Beglie, qui avait présidé l'année dernière la section de physiologie au congrès d'Edimbourg. — Le docteur Mustapha Bey, professeur à l'Ecole de médecine de Constantinople.

L'administrateur gérant : DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement du rhumatisme articulaire aigu généralisé par l'acide salicylique (1);

Par M. le docteur Stricker.

Le docteur Stricker, qui publie ce travail, résume ainsi qu'il suit les effets produits par l'acide salicylique sur le rhumatisme articulaire aigu :

1° Les observations recueillies depuis plusieurs mois prouvent que les rhumatismes particulièrement localisés aux articulations ont toujours été traités avec un plein succès par l'acide salicylique.

2° L'effet du médicament s'est produit en moyenne au bout de quarante-huit heures.

3° Avant ce laps de temps même, chez beaucoup de malades, la température s'est abaissée, et, ce qu'il y a de plus remarquable, les manifestations locales articulaires, telles que le gonflement, la rougeur et surtout la douleur, ont disparu.

Le docteur Stricker ne prétend pas que l'acide salicylique guérisse tous les rhumatismes en quarante-huit heures; mais il déclare le fait vrai, quand le traitement est appliqué dès le début. Ne pouvant attribuer au simple hasard la constance des résultats, il ne craint pas d'affirmer que :

4° L'acide salicylique, en dehors de ses vertus antipyrétiques, est le remède le plus efficace, peut-être même le seul radical, contre le rhumatisme articulaire aigu, et il ne redoute nulle part le contrôle de ses observations.

Depuis que le travail du docteur Stricker a été publié, le docteur Buss a fait paraître une brochure qu'il a envoyée au professeur Traube, et dans laquelle il arrive aux mêmes conclusions.

Stricker prie les médecins qui se proposent d'essayer l'acide salicylique contre le rhumatisme de se conformer aux règles qu'il a établies pour le traitement. On doit, selon lui, attendre du temps et de l'expérience les modifications qu'il sera utile d'in-

(1) Extrait de la clinique du professeur Traube, et traduit du *Berliner klinische Wochenschrift* (janvier 1876, n° 1), par le docteur A. Renault.

troduire dans le choix des préparations et dans la méthode de traitement. Dès à présent, les observations recueillies par lui ont prouvé que le salicylate de soude, administré à doses plus fortes, produit le même effet que l'acide salicylique.

L'effet le plus remarquable du médicament dans la polyarthrite rhumatismale n'est pas d'abaisser la température, mais surtout de calmer les douleurs locales. Cependant, dans les cas de rhumatisme, où il n'existe pas de symptômes objectifs du côté des articulations, et où la douleur est purement subjective, l'acide salicylique semble contre-indiqué au docteur Stricker. Le succès, au contraire, n'est pas douteux, quand il y a gonflement, rougeur et chaleur de l'articulation.

Autant que possible, le traitement doit être commencé le matin. L'effet produit au bout de la journée sera suffisant pour permettre au malade une nuit tranquille.

On emploie actuellement dans le service clinique du professeur Traube l'acide salicylique réduit en poudre. Il est capital de s'assurer qu'il est à l'état de pureté. Autrement, les effets du médicament deviennent plutôt nuisibles. Il survient une violente irritation des muqueuses buccale, œsophagienne et stomacale. Cet accident est dû aux principes étrangers, et particulièrement au phénol, mélangé avec l'acide salicylique, qui revêt alors une coloration plus ou moins jaunâtre, et dont la solution devient trouble. Quand il est absolument pur, il cristallise en aiguilles blanches, brillantes. Il est inodore et complétement soluble dans l'eau et l'alcool.

Ainsi que les observations le prouvent, l'acide pur peut être administré à assez forte dose, sans qu'il en résulte d'inconvénient pour le tube digestif. Appliqué sur la muqueuse de la bouche et du pharynx, il produit une sensation de sécheresse, plus tard de brûlure légère, et augmente la secrétion de ces membranes.

Le docteur Stricker conseille d'administrer l'acide salicylique en poudre, à la dose de 56 centigrammes à 1 gramme toutes les heures, dans un pain azyme, et il n'a jamais vu survenir le moindre accident. Ces doses sont continuées jusqu'à ce que le malade puisse mouvoir ses articulations sans douleur. La quantité de médicament nécessaire pour atteindre ce but est variable. Elle peut osciller entre 5 et 15 grammes. Le médicament agit d'ailleurs avec d'autant plus de rapidité que le mal est attaqué

dès le début. Il ne faut pas craindre, si cela était nécessaire, de dépasser la dose de 15 grammes : le tube digestif n'en souffrirait pas. Le docteur Stricker parle d'un malade qui prit, à son insu, dans l'espace de douze heures, 22 grammes du médicament, et qui ne ressentit aucune douleur du côté de l'estomac. Chose singulière, ce traitement si énergique avait nettoyé la langue et ramené l'appétit. On peut donner en une seule fois une forte dose et remplacer ainsi les doses fractionnées, qui ne présentent jamais le moindre danger pour le malade. Mais l'expérience n'a point encore fait connaître la limite qu'il serait dangereux de dépasser.

Il peut survenir, dans le cours du traitement, des sueurs, des bourdonnements d'oreille et même une surdité légère ; mais ces accidents de peu d'importance ne doivent point arrêter le médecin. Il ne faudrait pas davantage se préoccuper des nausées et des vomissements, qui se produisent dans des circonstances extrêmement rares.

Le docteur Stricker ne possède pas des données suffisantes pour faire connaître l'influence de l'acide salicylique sur la production des inflammations secondaires, et particulièrement de l'endocardite, qui surviennent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. La plupart des malades qu'il a traités présentaient des lésions d'orifices ou des signes d'endocardite, au moment où le traitement fut institué.

Sa statistique se compose de quatorze cas ; sans nul doute, ce nombre est faible ; mais ses observations présentent une telle concordance, qu'après les avoir comparées entre elles, les praticiens seront certainement tentés d'essayer ce nouveau mode de traitement. Il ne faudrait pas croire toutefois qu'un rhumatisant, débarrassé de ses douleurs par l'acide salicylique, puisse se remettre immédiatement à ses travaux. Il doit, comme un autre malade, prendre un certain temps de convalescence. Reste à savoir s'il ne serait pas utile de continuer pendant plusieurs jours encore l'acide salicylique à doses décroissantes. Des observations ultérieures démontreront la valeur de cette assertion, émise *à priori*.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du pansement antiseptique de Lister (1);

(REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE)

Par M. le docteur L.-Henri PETIT.

Depuis plusieurs années M. Lister, alors professeur de chirurgie à Glascow et chirurgien de l'Infirmerie royale, dirigeait particulièrement son attention sur le moyen de prévenir la putréfaction dans les différentes solutions de continuité ; il avait employé infructueusement dans ce but le permanganate de potasse et plusieurs autres substances antiseptiques. Dans le printemps de 1865 il se servit pour la première fois de l'acide phénique dans un cas de fracture compliquée, mais sans succès.

Au mois d'août de la même année il fit une seconde tentative dans un autre cas de fracture compliquée de la jambe. La plaie fut traitée par l'acide phénique liquide concentré, qui, mélangé au sang, forme une croûte qui garantit mécaniquement la surface de la plaie du contact de l'air. Le malade guérit.

Encouragé par les succès qu'il obtint dans le traitement des fractures compliquées par cette méthode, M. Lister l'employa dans celui des abcès. Mais il ne publia ses premiers résultats qu'en 1867 (2).

Diverses tentatives furent faites à cette époque dans divers hôpitaux de Paris, mais les résultats obtenus furent sans doute peu satisfaisants, car on ne parlait plus guère en France du pansement de Lister au moment où M. Alph. Guérin fit connaître le pansement ouaté. Depuis, malgré les nombreux succès enregistrés dans la presse anglaise depuis 1867, malgré l'article intéressant publié en 1869 par M. J. Lucas-Championnière (3), qui avait suivi à Glascow le service de M. Lister, on ne se servit plus chez nous de l'acide phénique que comme topique, mais nullement suivant la méthode du professeur d'Edimbourg.

(1) Ce mode de pansement date de 1865.

(2) *On a new Method of treating compound fracture, abcess*, etc. (*The Lancet*, t. I, p. 327.)

(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1869, t. XL, p. 14.

Une seconde visite de M. J. Lucas-Championnière aux opérés de M. Lister (1), et une communication de M. Saxtorph (de Copenhague), à la Société de chirurgie (2), viennent de rappeler l'attention des chirurgiens des hôpitaux de Paris sur la méthode antiseptique, et provoquer chez nous de nouveaux essais. Il nous a paru utile de présenter aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* l'état de la question, en résumant les publications les plus récentes sur ce sujet.

Nous examinerons successivement :

1° La théorie du professeur Lister ;

2° Les pièces du pansement ;

3° Le modus faciendi ;

4° Les applications de la méthode de Lister aux divers traumatismes, opératoires ou accidentels.

M. Lister se propose de prévenir à la fois la putréfaction et la suppuration dans les plaies, d'annuler par conséquent les causes qui les produisent. Or, d'après lui, ces causes sont les suivantes :

1° La présence dans l'atmosphère de germes nombreux (théorie de M. Pasteur admise par M. Lister). Mis en contact avec les substances organiques, ces germes engendrent, suivant leurs variétés, un grand nombre de fermentations, et, avec les tissus et les liquides de l'organisme, la putréfaction et la suppuration ;

2° L'augmentation de tension dans les tissus, due aux inflammations plus ou moins profondes ;

3° L'irritation énergique que subissent les plaies par l'application directe de substances caustiques.

Détruire les germes, prévenir la tension inflammatoire et l'irritation des plaies, tel est le programme que remplit la méthode antiseptique, à l'aide de pièces de pansement particulières, dont nous allons donner la description. Ce sont : le *protective*, la *gaze antiseptique* et le *catgut* ; les autres agents, pulvérisateur, acide phénique, tubes à drainage, sont bien connus de tout le monde.

Le *protective* est un taffetas gommé recouvert d'une pellicule soluble et préparé de la manière suivante :

---

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1875, t. XLVI, p. 396. Nous avons puisé largement dans les articles de M. Lucas-Championnière pour tout ce qui concerne la partie technique du pansement.

(2) Séance du 26 janvier 1876. Rapport de M. Verneuil.

On fait une mixture composée de 7 parties de dextrine, 2 parties d'empois en poudre et 16 parties d'une solution froide d'acide phénique. Le taffetas est plongé dans cette mixture qui lui laisse adhérer une pellicule ; à celle-ci est attribué le rôle de détruire les germes qui se déposent à sa surface.

La *gaze antiseptique* se prépare à l'aide de la gaze ou tarlatane commune que l'on lave pour la débarrasser d'amidon. On la prépare ensuite avec une mixture différente de la précédente et ainsi formulée :

Prendre :	Acide phénique cristallisé....	5	parties.
	Résine commune...........	5	—
	Paraffine...................	7	—

La résine et la paraffine sont mélangées au bain-marie. On verse ensuite et on mélange l'acide.

La gaze est chauffée dans une étuve ; on chauffe en même temps la mixture au bain-marie, puis on la verse sur la gaze, en poids à peu près égal au sien, et on porte celle-ci sous la presse hydraulique pour chasser l'excès de mixture.

On peut encore la préparer en versant sur la gaze chaude et en rouleau, sur 3 de gaze, en poids, 7 de mixture, et on maintient le tout pendant quatre heures dans une étuve chauffée à la vapeur d'eau.

Alors la gaze est prête ; c'est une étoffe bien souple et mince, un peu pâteuse sous le doigt.

« Le *catgut* phéniqué est de la corde à boyau, corde à violon, qui a baigné pendant un temps assez prolongé, plusieurs mois, dans un mélange produit de la façon suivante : on fait fondre des cristaux d'acide phénique dans un poids d'eau égal au leur, puis on ajoute 5 parties d'huile d'olive et on mélange intimement. C'est dans ce mélange que doit séjourner la corde à boyau. Celle-ci se gonfle, se ramollit et devient opaque tout d'abord. Après quelques jours, le fil redevient un peu ferme et transparent, puis l'opacité disparaît et le fil redevient très-solide. Le nœud que l'on fait avec ce fil est bien solide et résistant, il ne glisse pas.

« Il est très-curieux de voir que si, au lieu d'ajouter de l'eau à l'acide phénique, on le faisait dissoudre pur dans l'huile, on obtiendrait des effets tout différents sur la corde à boyau qui y serait immergée ; celle-ci deviendrait molle et serait glissante

aussitôt qu'elle serait mouillée; aussi ne serait-elle d'aucun usage. Un temps assez considérable est nécessaire pour sa préparation. Plusieurs mois d'immersion donnent un bon fil qui se conserve indéfiniment si on continue l'immersion (1). »

L'acide phénique est employé en *solution forte* (1 gramme d'acide phénique cristallisé pour 20 grammes d'eau) et en *solution faible* (1 gramme pour 40 grammes d'eau).

Bien que ces solutions puissent irriter les plaies, d'après Lister et M. Le Fort (2), ce n'est pas là une contre-indication à leur emploi, puisque, comme nous le verrons plus loin, elles ne sont que très-peu de temps en contact avec les tissus. Néanmoins ces propriétés irritantes ont déterminé quelques chirurgiens à chercher d'autres substances jouissant des mêmes propriétés antiseptiques que l'acide phénique, sans en avoir les inconvénients.

L'acide phénique aurait encore un autre danger, celui d'agir comme un poison, quelquefois fatal, sur l'organisme.

Volkmann a rapporté un cas dans lequel, après l'amputation du pénis et l'ablation de plusieurs ganglions inguinaux malades, l'application d'une solution d'acide phénique à 3 pour 100 sur les plaies fut suivie de prostration, de refroidissement de la peau, de vomissements, et d'un aspect goudronneux de l'urine. Le même chirurgien pense aussi que la mort, après une résection de la hanche, fut due dans un cas à l'empoisonnement par l'acide phénique.

On a aussi observé quelquefois, après l'emploi de la pulvérisation phéniquée pendant un pansement prolongé, une élévation de température que le docteur Krönlein attribue à l'irritation de la surface cruentée par la causticité de l'agent antiseptique.

Le docteur Kronlein est disposé à croire que les cas fatals d'empoisonnement par l'acide phénique, appliqué à l'extérieur comme agent antiseptique, sont survenus plus fréquemment qu'on ne le pense en général; il regarde beaucoup de cas de mort après les amputations traitées par la méthode de Lister, et qui ont été attribuées à l'anémie, au shock et à l'épuisement, comme les résultats plutôt d'un carbolisme aigu. Il affirme que l'acide salicylique possède des propriétés antiseptiques aussi puissantes

(1) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1875, p. 486.

(2) Soc. de chir., séances du 26 janvier et du 2 février 1876.

que l'acide phénique, sans en avoir les propriétés toxiques et irritantes (1).

Thiersch et d'autres ont essayé l'acide salicylique, dont ils paraissent avoir obtenu de bons résultats (2) ; cette substance a sur l'acide phénique les avantages : 1° de n'avoir pas de mauvaise odeur ; 2° d'être moins irritante que l'acide phénique ; 3° de n'être pas volatile, ce qui lui permet de rester plus longtemps utile.

Thiersch a appliqué l'acide salicylique sous deux formes, en solution au trois-centième, et en poudre répandue sur de l'ouate.

Une des principales objections à l'emploi de l'acide salicylique est son peu de solubilité. Aussi a-t-on essayé d'augmenter cette propriété.

Le docteur H. Bosc ajoute dans ce but du borax à l'acide salicylique ; on peut ainsi faire dissoudre 10 parties de ce dernier sous l'influence de la chaleur dans 100 parties d'eau, dans laquelle on a fait dissoudre au préalable 8 parties de borax. Les solutions, qui doivent être mises en contact direct avec les plaies, ne doivent pas, d'après cet auteur, dépasser la dose de 5 d'acide pour 100 d'eau. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 28, 12 juillet 1875.)

Comme moyen d'augmenter la solubilité de l'acide salicylique, le docteur Squibb recommande le phosphate de soude (1 partie pour 3 d'acide) ; mais le docteur Toussaint trouve que le phosphate d'ammoniaque agit mieux dans ce but que le sel de soude. Il a trouvé aussi que l'acide est très-soluble dans de l'eau ammoniacale, ou dans une solution de carbonate d'ammoniaque. (*American Chemist*, juillet 1875.)

M. Callender a employé l'acide salicylique sous trois formes principales :

1° Phosphate de soude, 3 parties ; acide salicylique, 1 partie ; eau, 50 parties ;

2° Acide salicylique, 1 partie ; huile d'olive, 49 parties ;

3° Acide salicylique, 1 partie ; bicarbonate de soude, demi-partie ; eau, 100 parties.

D'après lui, l'utilité de l'acide salicylique en applications locales est hors de doute, mais il est inférieur aux autres antiseptiques,

(1) *Archiv für klinis. Chir.*, Bd XIX, Heft 2.

(2) *Sammlung klin. Vorträge*, nos 84 et 85, 1875, p. 637, etc., *Gaz. hebd.*, 1875, p. 843.

et n'est pas digne des éloges qu'on. en a faits. (*British Med. Journ.*, 1875, p. 510.)

On a encore essayé d'autres acides de la série aromatique, les acides benzoïque et cinnamique; mais les résultats sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse en tenir compte (1).

Pour notre part, nous ne voulons nous occuper ici que du pansement de Lister, sauf à donner plus loin les modifications apportées à ce procédé par Thiersch, et les résultats obtenus à l'aide de l'acide salicylique.

Le point capital du pansement de Lister est de détruire les germes, qui « remplissent l'atmosphère, qui s'attachent à la peau, qui se trouvent sur les pièces de pansement, dans les liquides et les topiques employés, qui se fixent sur les instruments, les éponges, ceux qui ont pénétré dans les sinuosités d'une plaie».

C'est à l'acide phénique qu'est donné ce rôle. L'irritation qu'il pourrait provoquer dans la plaie est évitée par le *protective*, qui est appliqué sur les tissus lésés après leur nettoyage, et les sépare de la gaze antiseptique et de la solution phéniquée, employée dans la suite du pansement. On ne panse pas la plaie avec l'acide phénique, comme on le croit communément, mais on en imprègne les pièces du pansement extérieures au protective, de façon à former autour de la plaie une sorte d'atmosphère phéniquée, dans laquelle les germes sont détruits. L'objection soulevée par l'action irritante de l'acide phénique est donc sans valeur dans le cas actuel.

M. Verneuil va encore plus loin : « Non-seulement, a-t-il dit plusieurs fois dans ses leçons cliniques, l'acide phénique n'irrite pas les plaies, car leurs bords ne sont pas enflammés, mais il agit sur elles comme un analgésique; les malades n'accusent de douleur ni pendant ni après le pansement. »

La troisième cause de suppuration, la tension, est combattue dans les abcès par l'ouverture de la collection purulente, et dans les plaies par le drainage : ce qui fait que celui-ci joue un si grand rôle dans la méthode, en assurant l'écoulement de la sérosité.

(1) Voir Fleck, *Acide benzoïque, acide phénique, acide salicylique acide cinnamique* (Monaco, 1875). — Buchholtz, *Antiseptiques et bactéries* (*Archiv. f. experim. Path. und Pharm.*, Bd. IV, Hft, 3). Le professeur Salkouski pense que l'acide benzoïque est supérieur à l'acide salicylique comme antiseptique, opinion qui n'est pas partagée par Kolbe (*Berl. klinis. Wochens*, n° 22, 1875).

Les ligatures de vaisseaux sont faites avec le catgut. Cette substance, préparée comme nous l'avons dit plus haut, a acquis la propriété, soit de séjourner dans les tissus, soit de disparaître peu à peu. Il semble qu'elle s'identifie avec eux et puisse même être résorbée. Des expériences sur les animaux ont fait voir qu'au bout d'un certain temps le nœud seul pouvait être bien perçu et distingué de l'artère et des parties périphériques où la ligature avait été abandonnée. Il en résulte que cette ligature, au lieu de provoquer un travail d'élimination ayant pour résultat la chute du fil, n'irrite en aucune manière les parties où elle se trouve. Au lieu de les couper elle les soutient; elle les soutient au premier moment de la ligature et les soutiendra encore après un assez long temps écoulé. Ce résultat est obtenu, que la ligature ait été posée à l'extrémité d'une artère, coupée comme dans un moignon, ou qu'elle ait été placée sur la continuité de l'artère (1).

On coupe au ras de la ligature, et la partie du lien restée dans les tissus n'empêche pas la réunion *par première intention*.

Nous soulignons ces mots, car « l'influence du pansement antiseptique ne se borne pas seulement à diminuer les dangers de la pratique chirurgicale. L'évolution du processus réparateur dans les plaies est absolument modifiée, absolument différente de ce qui peut être observé à l'air libre; c'est grâce à cette modification curieuse que la méthode peut élever des prétentions spéciales et qu'elle devra non-seulement protéger le blessé contre les accidents et infections, mais transformer les aptitudes de la chirurgie, rendre possibles certaines opérations dangereuses et impraticables, au point de modifier l'action du chirurgien et de l'enhardir d'une façon précieuse pour le malade.

« Aux points réunis, suturés, la réunion se fait par première intention; aux points béants, qu'il s'agisse d'une plaie simple ou d'une plaie articulaire, le fond en est d'un gris brunâtre, et une sérosité louche s'en écoule. Nulle part de pus comme celui que nous sommes accoutumés de voir. S'il y a un caillot de sang formé après l'opération, il ne fond pas au milieu de la suppuration, il bouche la plaie, reste d'un gris noir; et sur ses bords d'un gris sale, il se forme bientôt des vaisseaux sanguins. M. Lis-

(1) Voir aussi (*the Lancet*, 12 février 1876, p. 239) des remarques du docteur Maunder sur la manière dont se comporte le catgut dans les ligatures d'artères.

ter dit alors qu'il y a organisation du caillot, sans que le mode intime de l'organisation soit bien déterminé.

« La fièvre est extrêmement atténuée, les phénomènes de la réparation des plaies sont rapides, car ils se passent seulement pour un espace étroit destiné au drainage.

« Tels sont les phénomènes et les résultats simples que l'on peut observer toutes les fois que l'on fait une ouverture d'abcès ou une opération sur un sujet qui ne présentait aucune solution de continuité de la peau. » (J. Lucas-Championnière.)

Il est à peine besoin de faire remarquer l'importance des résultats principaux du pansement de Lister, la diminution considérable de la suppuration et de la fièvre, qui n'existent pour ainsi dire pas.

On s'explique ainsi le chiffre si minime de la mortalité après des opérations si graves avec les pansements ordinaires, même celui de M. Guérin. L'épuisement des opérés perd en effet deux de ses éléments principaux, sans compter les complications ordinaires des plaies, érysipèle, infection purulente ou putride, etc., qui disparaissent pour la plupart.

On voit aussi l'importance de cette méthode dans les opérations autoplastiques, dont les conditions principales de succès sont la réunion immédiate et l'absence de suppuration.

Opération et pansement. — On nettoie préalablement le champ opératoire avec la solution forte (1 pour 20).

Les éponges et les instruments sont placés pendant tout le temps de l'opération dans la même solution.

Les mains de l'opérateur et des aides sont lavées dans la solution faible (1 pour 40).

Un jet de cette même solution est lancé pendant toute l'opération et pendant tout le pansement sur le champ opératoire avec le pulvérisateur. Arrivant dans cette région sous forme de poudre excessivement ténue et divisée, elle forme une atmosphère phéniquée dans une étendue suffisante pour que l'air qui arrive au contact de la plaie soit parfaitement dépourvu de germes.

M. Lister se sert d'un pulvérisateur à vapeur, mais celui de Richardson est très-convenable.

La chloroformisation, l'hémostase préalable par le procédé d'Esmarch, l'opération elle-même se font comme d'habitude.

On sait qu'après l'hémostase par le procédé d'Esmarch, il se fait en général un suintement sanguin assez abondant lorsque

l'anneau de caoutchouc est enlevé. Dans le pansement ouaté il faut attendre que ce suintement sanguin soit complétement arrêté ; M. Lister ne s'en préoccupe pas et procède au pansement.

On lave la plaie avec la solution forte.

On fait la ligature des vaisseaux avec le catgut, puis la suture de la plaie dans toute son étendue, sauf aux deux extrémités ; quelquefois on fait des sutures profondes soit avec le catgut, si on veut les laisser dans les tissus, soit, si on veut les enlever, avec du fil d'argent ou de la soie chauffée dans de la cire phéniquée, comme pour les sutures superficielles.

De chaque côté de la plaie, aux points dépourvus de suture, on fixe un tube à drainage avec un fil qui le retient au dehors. Le drain doit être debout et ne pas dépasser la surface de la plaie.

On applique ensuite une feuille de *protective* d'étendue variable, puis huit feuilles de gaze antiseptique. Entre les deux derniers doubles de la gaze est une toile imperméable, appelée *makintosh*, sorte de taffetas gommé. On fixe le tout par des bandes roulées, faites de gaze antiseptique ; il faut que la plaie soit bien enveloppée et beaucoup dépassée de toutes parts.

Le pansement de Lister n'est donc pas un pansement par occlusion ; l'air peut circuler dans son intérieur, tout autour de la plaie, et même y pénétrer par les tubes à drainage ; mais alors il est dépouillé de ses germes et, par conséquent, de ses propriétés de fermentation et de putréfaction.

Pour les pansements consécutifs, M. Lucas-Championnière donne les indications suivantes :

« On renouvelle le pansement plus ou moins souvent, selon l'abondance de l'écoulement et toujours sous la pulvérisation. Chaque fois on déplace les tubes pour les laver et les raccourcir, et pour s'assurer que le drainage est parfait.

« Les précautions sont les mêmes pour le pansement que pour l'opération.

« Le pansement est minutieux, mais ni long ni difficile. M. Verneuil m'a dit qu'il avait compté huit minutes pour panser un amputé.

« Il n'est pas plus coûteux que la plupart des pansements employés, moins que certains, surtout parce que les pansements ne sont pas très-renouvelés. Puis les opérés, guérissant infiniment plus vite, coûtent moins cher.

« Tous les matériaux je les ai fait venir d'Edimbourg pour mes

essais. On n'en trouve pas encore en France, Edimbourg surtout et Schaffhouse les fournissent. »

Les précautions à prendre sont à peu près les mêmes dans le procédé de Thiersch, d'après le travail analysé dans la *Gazette hebdomadaire :*

« Après avoir endormi le malade, on nettoie la plaie avec un soin minutieux en se servant de liquides détersifs, et ceci doit être fait avant l'opération. On frictionne ensuite la région sur laquelle doit porter l'opération avec une brosse sous un courant d'eau salicylée. Après avoir procédé à l'opération avec les mêmes soins désinfectants que dans la méthode de Lister, on injecte dans les angles restés libres de l'eau salicylée, et l'on met un tube à drainage pénétrant jusqu'à l'os lui-même, auquel on le fixe par un point de suture. On lave de nouveau tout le pourtour de la plaie avec la même solution. On protége la plaie à l'aide d'une enveloppe de gutta-percha fenêtrée, puis on enveloppe le moignon jusqu'à la hauteur de 6 centimètres avec de la ouate salicylée ; cette ouate, fortement comprimée avec une bande, doit avoir au moins 4 centimètres d'épaisseur. Pendant toute l'opération et le pansement, on a tenu toute la région sous un nuage d'eau salicylée pulvérisée. Ce pansement, à moins de complications, doit être gardé en place huit à dix jours. »

(*La suite au prochain numéro.*)

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Du gelsemium sempervirens (1) ;

Par M. Holmes.

Cette plante est entrée depuis quelques années dans la pratique médicale américaine ; elle y a reçu le nom d'*electrical febrifuge*, à la suite de ses merveilleux effets dans un cas de fièvre bilieuse.

(1) Nous devons à l'extrême obligeance de M. le docteur Méhu la traduction de cet article, qui a été publié dans *Pharmaceutical Journal* (décembre 1875) ; une partie de cette traduction a déjà paru dans le *Journal de pharmacie et de chimie* (mars 1876, p. 216). Nous remercions aussi M. Poggiale qui nous a permis de reproduire les dessins qui accompagnent cet article. *Le Comité de rédaction.*

Sa racine, la partie encore aujourd'hui la plus usitée, avait été administrée par erreur à la place d'une autre substance; elle produisit une complète résolution musculaire, au point que le patient ne pouvait imprimer le moindre mouvement à ses membres ni même ouvrir les yeux; mais, au bout de quelques heures, le malade reprit peu à peu ses facultés et la fièvre ne reparut plus.

Le *gelsemium sempervirens*, Pers., porte encore les désignations ci-après :

Anonymus sempervirens, Walt.
Bignonia sempervirens, Linn.
Lisianthus sempervirens, Mill.
Gelsemium nitidum, Mich., 1803.
Gelsemium sempervirens, Ait.
Gelsemium lucidum, Poir.

De Candolle l'a rangé parmi les loganiacées; Decaisne l'a mis au nombre des apocyuées; Chapman en a fait une rubiacée. D'autres auteurs ont classé le gelsemium parmi les scrophulariacées, les bignoniacées et les gentianacées.

La description que donne Persoon de l'espèce recommandée par la pharmacopée des Etats-Unis est reconnue exacte par M. Holmes. Le gelsemium sempervirens est d'ailleurs très-répandu dans l'Amérique du Nord; il paraît décrit en France sous le nom de *jasmin odorant de la Caroline*. Mais c'est surtout dans la Virginie et dans le sud de la Floride qu'on le rencontre en abondance.

Le rhizome du gelsemium arrive en Angleterre sous deux formes : dans l'une, la racine, a été réduite en petits fragments réunis en une masse compacte au moyen d'une presse hydraulique; sous cette forme, la racine est d'une pulvérisation difficile. On la reçoit encore en fragments de 2 à 3 pouces de longueur et d'un tiers à trois quarts de pouce de diamètre, auxquels se trouvent mélangées de nombreuses radicelles d'un brun pâle. Ce que l'on désigne sous le nom de *racine de gelsemium* est une tige souterraine à laquelle sont encore adhérents une partie des racines et parfois quelques fragments déliés de la tige aérienne (fig. *e*); cette dernière partie est facile à distinguer par sa couleur pourpre; elle est creusée longitudinalement dans sa partie centrale. Quand on l'a dépouillée de son épiderme, on aperçoit des fibres soyeuses ou pareilles à celles du chanvre.

La véritable racine est dure, ligneuse, légèrement ondulée à sa surface extérieure, ne portant qu'un petit nombre de ramifications (les petites racines se ramifient davantage); sa couleur est brune et pâle; elle est presque lisse; son épiderme, mince, est légèrement fendillé longitudinalement. Si l'on pratique une section transversale et qu'on l'examine à l'aide d'une loupe, l'écorce de la racine apparaît excessivement mince et formée de deux couches, l'une interne presque aussi pâle que le bois, et l'autre externe à la fois plus compacte et de couleur plus foncée (fig. *b* et *c*).

Le meditullium ou la portion ligneuse de la racine occupe presque tout son diamètre; il est d'un jaune pâle; sa teinte jaune est plus apparente quand la racine est humide. Les rayons médullaires sont blancs et très-apparents; entre ces rayons est un tissu ligneux, poreux, dont les pores ne sont pas visibles à l'œil nu (fig. *d*). La racine n'a pas de cavité centrale. Sa saveur est amère; son odeur est agréable; elle tient à la fois du senega et du thé vert.

La tige souterraine (fig. *a*) est distincte de la racine par l'existence d'une cavité centrale de couleur foncée qui renferme la moelle; sa surface externe est rugueuse, elle porte des rayures longitudinales plus foncées; son écorce est plus mince que celle de la racine proprement dite, et sa partie interne est ordinairement brune. Si on la brise doucement, on observe une fine rangée de fibres soyeuses qui dépassent de 6 à 7 millimètres environ la surface de section. Aucune expérience n'a indiqué jusqu'à présent la valeur relative de l'écorce de la tige et de celle de la racine.

La tige souterraine du gelsemium a été l'objet de nombreuses études chimiques. En 1870, le docteur Wormley en a retiré l'acide gelseminique en épuisant l'extrait fluide par l'alcool, reprenant par l'eau pour précipiter la résine et ajoutant au liquide aqueux de l'acide chlorhydrique. Cet extrait chlorhydrique, agité avec de l'éther, lui cède l'acide gelseminique; on l'obtient impur par l'évaporation de l'éther. Pour le purifier, on le transforme en sel de plomb, et, par un courant d'hydrogène sulfuré, on en isole l'acide gelseminique en cristaux aiguillés, groupés de diverses façons, incolores, inodores, à peu près insipides, saturant bien les bases. L'acide gelseminique est très-soluble dans le chloroforme et dans l'éther; l'eau froide n'en dissout qu'un millième de son poids; l'eau bouillante en dissout davantage et le


b
e
a
c
d

dépose à l'état cristallisé en refroidissant. Il donne un précipité de couleur jaune par le bichlorure de mercure, un précipité jaune brun par le nitrate d'argent.

M. Fredigke en a obtenu 38 grains (2g,47) de 373 grammes de racines en opérant comme il suit : la racine réduite en poudre a été soumise à des décoctions répétées avec l'eau, les décoctés ont été filtrés bouillants, après quoi on les a réduits à un petit volume ; cet extrait a été agité à plusieurs reprises avec de l'éther, et ce liquide a laissé l'acide gelseminique par son évaporation. L'acide gelseminique possède deux propriétés remarquables :

1° Ses solutions alcalines sont fluorescentes à un haut degré. Une solution alcaline à un millionième d'acide gelseminique offre une fluorescence bleue sensible à la loupe éclairée par un rayon solaire ;

2° L'acide gelseminique se sublime sans décomposition.

Quand on le chauffe avec précautions au-dessus de 100 degrés centigrades, ses vapeurs se condensent sous la forme de brillants cristaux prismatiques. Cette opération ne réussit bien que sur de très-minimes quantités de matière.

Sous le nom de *gelseminia* ou *gelsemine*, M. Fredigke a extrait du gelsemium un alcaloïde solide, incolore, inodore, possédant une saveur amère encore sensible dans les solutions au millième. Ce corps n'a pas été obtenu à l'état cristallin ; il se dissout dans 25 parties d'éther, dans le chloroforme, le sulfure de carbone ; il est peu soluble dans l'alcool et à peine soluble dans l'eau. L'eau acidulée par l'acide chlorhydrique le dissout aisément, et les alcalis le précipitent de sa solution acide. Ses sels (sulfate, azotate, acétate) sont très-solubles dans l'eau ; vers 100 degrés centigrades, ils fondent et donnent en refroidissant une masse vitreuse. A une température plus élevée, la gelsemine se volatilise et se condense en petites gouttelettes sur les parois du tube.

La gelsemine, précipitée de ses sels par un excès d'alcali, passe peu à peu du blanc au rouge brique. Le bichlorure de mercure la précipite en blanc ; le tannin, l'acide carbazotique, le biiodure de potassium, le bichlorure de platine, l'iodhydrargyrate de potassium et le chlorure d'or donnent un précipité dans les solutions qui ne renferment qu'un millième de grain. L'acide sulfurique concentré produit avec la gelsemine ou l'un de ses sels

une coloration rouge brune, qui passe au pourpre par une légère élévation de température.

Pour obtenir la gelsemine, M. Fredigke concentre l'extrait aqueux qui a servi à l'extraction de l'acide gelseminique par l'éther, et l'agite avec le double de son volume d'alcool fort; la matière gommeuse se précipite; il filtre et réduit le liquide alcoolique à un petit volume. Cela fait, il ajoute de la potasse pour mettre l'alcaloïde en liberté; en agitant la liqueur avec du chloroforme ou de l'éther, il enlève l'alcaloïde.

La gelsemine est un poison énergique : 3 milligrammes de gelsemine injectés sous la peau d'un chat robuste l'ont fait périr en une demi-heure.

En Angleterre et en Allemagne, on a fait un grand usage de la teinture de gelsemium dans les névralgies de la cinquième paire et particulièrement dans les névralgies dentaires. En Amérique, on s'en sert dans les cas de fièvres maremmatiques; on administre alternativement la quinine et le gelsemium. A faible dose, on la prescrit dans les affections inflammatoires des enfants. C'est surtout un excellent calmant nerveux dans les fièvres. Le docteur Bartholow compare l'action du gelsemium à celle de la ciguë. Bien que le gelsemium produise la dilatation de la pupille, il n'est point un antagoniste de la strychnine ni de la fève de Calabar. Il paraît exercer une action paralysante sur les fibres circulaires de l'iris et non pas la contraction des fibres radiées, comme c'est le cas avec la belladone; on peut donc espérer que l'oculistique en tirera quelques profits, car l'extrait de la fève de Calabar n'empêche pas ses effets.

On ne saurait douter que le gelsemium ne possède des propriétés toxiques énergiques : 3 grammes d'une teinture contenant les principes solubles de 120 grammes de racine dissous dans 567 centimètres cubes d'alcool étendu ont donné la mort à un enfant de trois ans, deux heures après l'ingestion du médicament. Un autre enfant de trois ans est mort cinq heures après avoir pris en deux fois 65 centigrammes environ de teinture. Une fille de neuf ans est morte deux heures après l'ingestion d'environ 7 grammes de teinture. Dans ces deux derniers cas la teneur de la teinture n'a pas été connue, et, dans le second cas, chaque dose de gelsemium était accompagnée d'un grain et demi de sulfate de quinine. Une dose de 10 grammes environ d'extrait fluide a occasionné la mort d'une femme adulte dans l'espace de sept heures et demie.

Le docteur Sawyer considère comme normale la dose de 6 et demi à 13 centigrammes (1 à 2 grains anglais) de poudre de racine. 10 à 12 grains anglais (65 à 78 centigrammes) de poudre de racine de gelsemium ont donné la mort à un enfant de douze ans. Le docteur Grover Coe administre la gelsemine à la dose de 1 demi-grain (32 milligrammes) à 1 grain (65 milligrammes).

La teinture alcoolique du rhizome du gelsemium est assurément la préparation la plus commode à administrer aux enfants, dans une potion agréable.

Le gelsemium exerce tout d'abord son action sur le système cérébro-spinal, puis sur la respiration et sur le cœur. Les nerfs moteurs de l'œil sont atteints les premiers; les paupières paralysées ne peuvent plus être relevées et les pupilles restent dilatées; la sensibilité spéciale de la langue s'émousse, la prononciation devient difficile et les membres ne peuvent plus supporter le corps. Les pulsations du pouls s'élèvent à 120-130 par minute; elles sont faibles, mais régulières; la respiration devient pénible, l'intelligence reste nette. Cet état persiste une heure à une heure et demie après l'administration du gelsemium.

Les stimulants alcooliques, l'électricité, l'esprit aromatique ammoniacal, la teinture du *xanthoxylum fraxineum*, Willd, sont proposés comme antidotes.

Ces lignes sont extraites d'une série d'articles dus à la plume érudite de M. Holmes, et enrichis de nombreuses et très-précieuses indications bibliographiques.

PHARMACOLOGIE

Falsification du quinquina jaune officinal;

Par M. Stanislas Martin.

En 1838, j'ai signalé dans le *Bulletin général de Thérapeutique* une fraude que l'on continue toujours; elle consiste à mêler à la cannelle réduite en poudre une certaine quantité de coquilles d'amandes douces (dites *princesses*) pulvérisées.

Le fruit de l'*amygdalus communis* se prête de nos jours à une nouvelle falsification grave, bien plus coupable que l'autre,

en ce qu'elle se pratique sur un médicament énergique, sur les effets duquel le médecin est en droit de compter, le quinquina calisaya.

Les amandes douces et amères sont enveloppées d'une pellicule foliacée que les botanistes nomment *spermoderme;* la couleur de son testa est due à des cellules d'une couleur jaune d'une extrême ténuité. Lorsque les amandes sont privées de leurs boîtes ligneuses, et réunies en masse dans une balle en toile ou une caisse en bois, il y a frottement des semences les unes contre les autres; les cellules qui les recouvrent se détachent pour former une poudre, qu'on jetait comme inutile et qu'on vend aujourd'hui 50 francs les 100 kilogrammes, pour être mêlée, dans des proportions variables, au quinquina jaune en poudre, qu'on expédie aux droguistes et aux épiciers, là où il n'y a pas de pharmacien.

Quel rôle jouent les cellules qui couvrent les amandes? Elles semblent destinées, par leur composition physique et chimique, à préserver d'une trop grande humidité les cotylédons et l'embryon, car je les ai trouvées composées d'huile fixe, d'une matière jaune résineuse, d'une gomme qui a l'élasticité et la ténacité du caoutchouc, de la glucose, de tannin et de cellulose. Ces cellules sont brillantes, reflètent la lumière, ont des grosseurs diverses ; toutes ont la forme des cocons du ver à soie, tandis que les particules qui résultent du quinquina réduit en poudre ont une couleur mate et des formes multiples.

Si on chauffe au bain de sable, dans un tube en verre, une pincée de cette poudre, il s'en dégage une odeur d'huile fort désagréable; le même effet ne se produit pas avec le quinquina.

En 1848, j'ai publié dans le *Bulletin général de Thérapeutique* mes essais sur l'arome des quinquinas ; je constatais ce qu'on n'avait jamais noté, qu'on peut reconnaître les écorces du Pérou, réduites en poudre, des autres poudres végétales de la même couleur, sans avoir recours à l'analyse chimique; qu'il suffit d'en jeter quelques pincées sur des charbons enflammés, qu'elles brûlent en répandant le suave parfum de l'héliotrope ou de la fève tunka, tandis que le même arome ne se produit pas avec d'autres plantes.

De mes essais, je conclus qu'il est très-difficile de reconnaître si un quinquina a été altéré avec les cellules qui entourent le fruit de l'amandier, parce qu'ils n'ont pas tous la même richesse en

alcaloïdes et en principes extractifs solubles dans l'eau, l'alcool et l'éther. Pour reconnaître cette fraude il faut avoir recours au microscope ; on étend une pincée de la substance sur un papier bleu ; si on y distingue des points brillants, il y a grande probabilité qu'il y a eu falsification ; la poudre du quinquina étant mate et ne reflectant pas la lumière.

CORRESPONDANCE

La cautérisation unie à l'extirpation dans le traitement des loupes du cuir chevelu.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Les méthodes de traitement qui ont été proposées contre les kystes sébacés, siégeant au cuir chevelu et désignés généralement sous le nom de *loupes*, sont nombreuses ; mais de tous les procédés mis en usage l'*extirpation* et la *cautérisation* sont réellement les seuls auxquels les praticiens aient habituellement recours. L'*extirpation*, en raison de sa facilité d'exécution et de la rapidité avec laquelle on peut obtenir la réunion immédiate des lambeaux cutanés, est une méthode sûre et généralement préférée.

Mais, outre qu'on l'accuse d'exposer davantage à l'érysipèle du cuir chevelu, c'est une opération assez douloureuse et que regrettent les personnes qui craignent l'instrument tranchant. La *cautérisation*, qui se pratique aussi très-facilement, a l'avantage, il est vrai, de ne pas effrayer les malades et de moins exposer, dit-on, à l'érysipèle, mais c'est un mode de traitement bien long : la chute de l'eschare est souvent très-lente à s'opérer ; quelquefois le détachement ne se fait qu'après deux et même trois mois.

J'ai pensé qu'on pouvait utiliser en même temps les avantages qu'offre chacune de ces méthodes, et que, par la combinaison de l'extirpation et de la cautérisation, on pourrait épargner aux malades les douleurs provoquées par le bistouri, tout en leur assurant les bénéfices de l'opération faite avec promptitude par l'instrument tranchant.

Voici comment je procède : au moyen de la pâte de Vienne, je pratique une cautérisation linéaire sur la surface de la tumeur dans toute l'étendue de son diamètre. Dès que l'eschare est faite, je l'incise dans toute sa longueur, en évitant avec soin d'ouvrir le kyste, que j'énuclée et que j'enlève alors avec la plus grande facilité et sans provoquer la plus légère douleur.

J'ai opéré de cette façon, dans la même séance, un certain nombre de malades, et je n'ai jamais eu qu'à m'applaudir d'avoir

eu recours à cette méthode expéditive, qui réunit les avantages des deux procédés, généralement mis en usage, sans en avoir les inconvénients.

Veuillez agréer, etc. Dr MARCHAL.

Macdelange (Lorraine annexée), 12 mars 1876.

BIBLIOGRAPHIE

Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie, par P. TILLAUX ; 2e fasc., Asselin, libraire de la Faculté de médecine, 1876. — Le deuxième fascicule de l'ouvrage de M. Tillaux comprend la colonne vertébrale, le cou, les membres supérieurs et le thorax. On remarque que l'auteur, contrairement à la marche suivie par ses prédécesseurs, décrit le membre supérieur aussitôt après la région du cou. Cette innovation est très-rationnelle, car, par la méthode ancienne, on était obligé d'interrompre la description des vaisseaux et des nerfs qui passent d'une région dans l'autre, ce qui nécessitait pour le lecteur un travail souvent pénible. Il est, en effet, difficile de séparer de la base du cou la région claviculaire.

Il est inutile de dire que nous retrouvons dans cette seconde partie les mêmes qualités de clarté, de précision dans les descriptions anatomiques que nous avons signalées à propos du premier fascicule.

Fidèle à son programme, M. Tillaux a cherché à donner à son livre toute la précision possible, et à ses descriptions, toute la netteté désirable, mais sans le surcharger de détails ou de discussions inutiles. Les figures nombreuses et originales intercalées dans le texte augmentent encore l'attrait et la lucidité de cet ouvrage, dont elles sont le complément nécessaire, car l'auteur fait à chaque ligne coïncider la description avec les détails de la figure correspondante.

Qu'il nous suffise donc de signaler les principales régions qui ont été, de la part de M. Tillaux, l'objet de recherches personnelles ou d'aperçus originaux.

Au lieu de décrire la région sus-hyoïdienne, comme le faisait Blandin, et comme l'ont fait les auteurs modernes, en y comprenant le plancher, la bouche, il regarde comme la limite profonde de cette région le muscle mylo-hyoïdien ; pour lui, tout ce qui est situé au-dessus de ce muscle appartient à la bouche et a été décrit dans le premier fascicule, tout ce qui est au-dessous appartient au cou ; l'étude des tumeurs et des inflammations de cette région justifie entièrement cette distinction. Enfin, pour rendre la description de cette partie encore plus nette, il l'a divisée en trois parties : une région sus-hyoïdienne médiane et deux régions latérales, ces dernières étant limitées par la courbe du muscle digastrique.

Dans la région sus-hyoïdienne, il étudie avec soin les rapports de la trachée, et indique dans un tableau les différences que présente l'espace

compris entre le bord supérieur du sternum, d'une part, et le bord supérieur du cartilage tyroïde et du cartilage cricoïde, d'autre part.

Ces différences sont notées chez l'homme et chez la femme aux différents âges, et elles font comprendre les variétés nombreuses qui existent dans cet espace dont l'appréciation est si utile au chirurgien.

Une série de figures indique les variations de forme et de calibre de la trachée. Deux planches (d'après Tiedmann) font voir, mieux que ne ferait une description méthodique, les anomalies des artères de la base du cou, au-devant et de chaque côté de la trachée.

L'œsophage, dont l'étude ne pouvait être scindée, est le sujet d'un chapitre important, dans lequel M. Taillaux consigne ses recherches personnelles et celles de ses élèves, sur le calibre, les inflexions et les points rétrécis ou dilatés de ce canal, recherches qui avaient déjà été relatées en partie dans la thèse de M. Mouton.

Il indique nettement l'espace qui sépare les incisives de l'orifice supérieur du canal œsophagien; la connaissance de cet espace est de la plus grande importance pour l'exploration de l'œsophage.

L'étude des régions carotidienne et sus-claviculaire, faite avec beaucoup de soin, est rendue encore plus nette par la présence de deux planches coloriées indiquant, d'après nature, les rapports des vaisseaux et des nerfs.

Pour la région carotidienne, l'auteur a soin d'insister sur ce fait important, qu'il la décrit dans la position qu'on lui donne ordinairement quand on veut pratiquer une opération chirurgicale, c'est-à-dire la tête inclinée du côté opposé. Cette distinction était utile à noter dans un livre qui s'occupe surtout des descriptions utiles aux chirurgiens.

Dans la description de la main, on pourra remarquer une étude complète des synoviales des poignets et des doigts, avec une figure explicative très-nette. Des détails intéressants sur la disposition des synoviales qui existent entre les os du carpe et du métacarpe complètent cette région. On trouvera, à propos de l'anatomie du pouce, une appréciation des détails indiqués par M. Farabœuf dans un mémoire récent sur les luxations de la première phalange du pouce en arrière, et leurs applications à la réduction de l'os déplacé.

A propos des interlignes des os du carpe et surtout de l'interligne médio-carpien, M. Tillaux insiste sur un point de repère qui a toujours manqué aux chirurgiens et qui, encore dernièrement, a mis dans l'embarras les membres de la Société de chirurgie à propos d'une présentation de luxation médio-carpienne ; aussi il s'exprime ainsi :

« Je ne serai pas, je pense, démenti par les praticiens, en disant que l'exploration du poignet est, en clinique, chose assez difficile, qu'il s'agisse de faire une amputation partielle, d'explorer l'une des articulations ou de constater un traumatisme, une luxation par exemple. »

Il ne nous reste qu'à souhaiter la terminaison rapide du troisième et dernier fascicule de cet ouvrage, qui est appelé à rendre de grands services aux futures générations d'étudiants, aussi bien qu'aux praticiens les plus exercés.

O. T.

Contribution à l'étude de la typhlite et de la pérityphlite, par le docteur Paulier. Derenne, éditeur ; 1876. — L'inflammation du cæcum n'est étudiée et décrite que depuis quarante ans environ, alors qu'on l'a séparée de celle de l'intestin en général. Des travaux nombreux et importants parus en France et à l'étranger ont eu pour but non-seulement d'élucider les différents modes de production de cette lésion, mais aussi ses localisations anatomiques. Les auteurs étaient loin d'être d'accord sur la signification des noms qui servaient à la désignation et sur leur valeur réelle, los uns faisant intervenir surtout les affections do l'appendice iléo-cæcal, les autres les corps étrangers arrêtés dans le cæcum, d'autres, tels que Blatin, admettant sous le nom de *typhlite* les ulcérations, cancers et autres lésions du cæcum donnant lieu à des symptômes localisés. Enfin l'engouement sterooral, la typhlite ou inflammation des tuniques, la pérityphlite ou phlegmon du tissu cellulaire péricæcal, n'étaient pas suffisamment différenoiés, puisque plusieurs auteurs, ontre autres Grisolle, ne voyant pas la succession des phénomènes, n'admettaient que deux affections possibles, l'entérocolite et le phlegmon iliaque, qu'il sépare complétement.

Après avoir passé en revue les causes variables de cotte affection et indiqué sa fréquence entre vingt et trente ans, principalement chez l'homme, l'auteur insiste sur l'anatomie et surtout la physiologie pathologique. Pour lui, elle est due le plus souvont à l'accumulation anormale des matières fécales dans le cæcum, que ces matières soient des résidus de la digestion ou des corps étrangers introduits accidentellement dans le tube intestinal.

Ainsi il admet une première période dans laquelle l'inflammation ne joue qu'un rôle eccondaire, le fait capital étant l'accumulation des matières et la dilatation consécutive de l'organe; d'où l'*engouement* ou typhlite stercorale.

Une eeconde période constitue la typhlite et la pérityphlite, qu'il réunit ensemble, car, pour lui, l'inflammation portant uniquement sur les parois du cæcum est rare et elle s'accompagne presque toujours de pérityphlite à un degré plus ou moins marqué.

Si l'inflammation se prolonge, les désordres peuvent devenir plus sérieux et on a alors des *ulcérations* qui produisent souvent des *perforations*. Ces dernières se forment par deux mécanismes différents dont la gravité est variable par rapport au péritoine voisin. Elles s'ouvrent de dehors en dedans ou de dedans en dehors.

Enfin la suppuration se produit et l'abcès peut trouver une issue variable. D'après un chirurgien américain, le docteur Bull, sur 67 cas l'abcès s'est ouvert 38 fois à travers les parois abdominales, 15 fois dans le cæcum, 8 fois dans la cavité péritonéale et enfin dane le rectum, la cavité thoracique, la vessie et l'artère iliaque interne; la mort est survenue 6 fois par pyohémie.

Les symptômes bien analysés ne présentent rien de epécial à signaler ; nous arrivons donc aux formes cliniques indiquées par M. Paulier.

Après avoir pris le soin d'insister encore sur l'impossibilité de séparer les typhlites des pérityphlites, il admet :

1° *Forme bénigne*, que certains auteurs, comme Albin, ont appelée *typhlite stercorale* ;

2° *Forme phlegmoneuse*, qui est assez fréquente, malgré l'opinion de Grisolle, puisque, sur 49 cas, on a vu survenir la suppuration 24 fois ;

3° *Forme péritonéale subaiguë*, pouvant guérir ;

4° *Forme péritonéale grave*, entraînant rapidement la mort du malade.

Il termine ce chapitre en indiquant la rareté de cette affection dans l'enfance, et ses caractères spéciaux chez les vieillards. Chez eux le début est insidieux, mal caractérisé, et des accidents graves peuvent survenir rapidement et entraîner la mort, mais sans se manifester par des symptômes très-aigus comme chez l'adulte.

Le traitement intéressera particulièrement les médecins français, car on y trouve discutée la pratique du docteur Gouley, chirurgien de l'hôpital de Bellevue, à New-York. Cet auteur, dans une note lue devant la Société médicale des Etats-Unis de New-York, le 3 février 1875, insiste sur la méthode qui consiste à ouvrir de bonne heure l'abcès pérityphlitique pour prévenir son ouverture dans la cavité péritonéale ou spontanément au dehors.

Cette incision prématurée, proposée en 1856 par le docteur Lewis et vulgarisée en Amérique par le docteur Parker, doit être pratiquée dès que les symptômes deviennent menaçants ; il n'est même pas nécessaire qu'il y ait de la fluctuation, et M. Gouley croit qu'on peut la faire avant le septième ou huitième jour.

Quand l'abcès s'est ouvert spontanément à l'intérieur, il faut faire une large incision, agrandir l'ouverture, rechercher avec soin les corps étrangers, si l'on en soupçonne l'existence, laver le sac et remplir la cavité de charpie. On renouvelle le pansement tous les jours, et généralement la guérison arrive en six semaines. Dans cette note, M. Gouley rapporte 25 cas de typhlite traités par ce procédé en Amérique et en Angleterre ; il y eut 8 morts et 17 guérisons.

M. Paulier se contente d'indiquer les résultats de cette pratique sans en tirer de conclusions personnelles. O. T.

De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique, recherches cliniques et expérimentales, par le docteur P. Budin, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Paris, lauréat de la Faculté et de l'Institut, etc., etc., aux bureaux du *Progrès médical*, et chez O. Doin, éditeur.

Dans un avant-propos à la forme brillante, M. Budin, après avoir exposé au lecteur pourquoi il a choisi ce sujet pour sa thèse inaugurale, ajoute : « Notre travail comprend deux parties principales. La première est essentiellement clinique ; la seconde est expérimentale.

« Dans la première, après avoir payé un juste tribut aux travaux de nos devanciers, dont quelques-uns sont très-remarquables, nous exposerons les méthodes que nous avons employées, les résultats que nous avons obtenus et les conclusions que nous avons cru pouvoir en tirer, conclusions que l'anatomie du crâne nous permet, on le verra, d'expliquer avec la plus grande facilité.

« Dans la seconde partie, qui est incomplète, nous avons rapporté un certain nombre d'expériences. Elles ont été faites dans le but de savoir si, lorsqu'il existe un rétrécissement du bassin, l'accoucheur doit, à terme, employer le forceps ou la version, ou bien si, l'accouchement ayant été-

provoqué, il doit, dans ce cas encore, l'expulsion spontanée n'ayant pas lieu, avoir recours au forceps ou à la version. »

La première partie est donc consacrée à l'étude des déformations de la tête fœtale dans les présentations du siége, de la face et du sommet.

L'auteur, après avoir rappelé que rien n'est moins exactement déterminé que les différents diamètres de la tête du fœtus à terme, démontre que le plus grand diamètre antéro-postérieur n'est point le diamètre occipito-mentonnier des auteurs, c'est-à-dire celui qui s'étend de la fontanelle postérieure au menton, mais bien un diamètre qui part du menton pour venir aboutir au niveau de la suture sagittale en un point *variable* situé entre l'occiput et la fontanelle antérieure. Il l'appelle *diamètre antéro-postérieur maximum*. Outre ce premier diamètre, qui peut varier beaucoup pendant l'accouchement, M. Budin a choisi et étudié les suivants :

Diamètre *occipito-mentonnier*, qui va pour lui de la pointe de l'occiput au menton ;

Le diamètre *occipito-frontal*, de la pointe de l'occiput à la racine du nez ;

Le diamètre *sous-occipito-bregmatique*, du point de rencontre de l'occipital et de la nuque, au milieu de la grande fontanelle, au niveau du point où se croiseraient la suture sagittale et la suture pariéto-frontale ;

Le diamètre *bipariétal*, ou diamètre transverse postérieur maximum ;

Le diamètre *bitemporal*, ou diamètre transverse minimum ;

Et le diamètre *bimastoïdien*, d'une apophyse mastoïde à l'autre ;

Puis deux circonférences, l'une *grande*, qui passe par les extrémités du diamètre antéro-postérieur maximum ; l'autre *petite*, par les extrémités du diamètre sous-occipito-bregmatique.

Cela fait, après avoir exposé, en s'appuyant sur une observation où l'enfant avait été extrait par la section césarienne, quelle est la forme normale de la tête, M. Budin étudie les diverses déformations suivant telle ou telle présentation et démontre d'une façon mathématique dans tous les cas quels sont les rapports des différents diamètres au moment de l'accouchement, puis dans les huit jours qui suivent la naissance.

Le mécanisme *passif* de ces déformations est clairement établi. S'appuyant sur des considérations anatomiques nouvelles et précises, M. Budin a complétement élucidé ce point de la science obstétricale. Aujourd'hui, si nous ne savons pas encore exactement pourquoi la tête prend telle ou forme, nous savons, grâce à ce magnifique travail, *comment elle se déforme*.

La deuxième partie est non moins intéressante. Abordant cette question, si controversée et non encore élucidée, de savoir comment passe la tête dans les bassins rétrécis et quelles sont les conditions les plus favorables à sa sortie, M. Budin est arrivé à des résultats au moins aussi nouveaux qu'importants.

En effet, il résulte de ses expériences que, lorsque le fœtus est à terme, il est bien préférable qu'il se présente par le sommet plutôt que par l'extrémité pelvienne, tandis qu'avant terme la présentation pelvienne serait préférable à la présentation céphalique. Dans un dernier chapitre se trouvent mieux étudiés qu'on ne l'avait fait jusqu'à présent les différents diamètres de la tête du fœtus né avant terme. Enfin dans trente-cinq magnifiques planches de craniographie M. Budin met sous les yeux des lecteurs les

déformations de la tête fœtale au moment de l'accouchement et quelques jours après.

Ainsi qu'on peut le voir par cette rapide analyse, ce travail, destiné à devenir classique, doit être connu de tous ceux qui s'occupent d'obstétrique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 6 et 13 mars 1876; présidence de M. le vice-amiral PARIS.

Action des sels biliaires sur le pouls, la tension, la respiration et la température. — MM. V. FELTZ et E. RITTER communiquent la note suivante: « Les auteurs établissent, par des injections de bile en nature dans le sang, en proportions non toxiques, que le pouls diminue de fréquence, que la respiration se ralentit et que la température et la tension artérielle baissent. Ces troubles fonctionnels ne se produisent pas sous l'influence d'injections plus ou moins fortes ou plus ou moins répétées des différentes matières colorantes de la bile ou des solutions éthérées de cholestérine. Les sels biliaires, tauro- et glycocholates de soude, mélangés dans les proportions où ils existent dans la bile, introduits dans le sang veineux à des doses modérées, reproduisent chez le chien les modifications fonctionnelles signalées dans les injections de la bile en nature. Il est donc prouvé que ce ne sont pas les sels biliaires qui agissent dans la bile pour déterminer le ralentissement du pouls, la diminution de la respiration et l'abaissement de la température et de la tension artérielle.

« L'action des sels biliaires s'exerce principalement sur le sang et, par l'entremise de ce dernier, sur le système musculaire; en effet, on obtient encore les troubles fonctionnels dont il s'agit, en injectant les sels biliaires à des animaux auxquels on a préalablement sectionné les pneumogastriques et les grands sympathiques. L'action des sels biliaires sur les muscles se démontre encore par le rapide épuisement de la contractilité musculaire chez des animaux curarisés ou non, si l'on prend soin d'imbiber les muscles avec une solution biliaire plus ou moins diluée. Les auteurs ont opéré comparativement avec des solutions biliaires de chlorure de sodium de même densité.

« Les sels biliaires, administrés à si faibles doses qu'il n'en résulte pas d'altérations évidentes des globules rouges, modifient cependant ces derniers, si bien que le sang, contaminé par des quantités appréciables de sels biliaires, s'écoule plus lentement à travers les tubes capillaires, que le sang normal. Ce ralentissement est dû manifestement à l'action des sels biliaires sur le globule sanguin, car le sérum du sang, traité par les mêmes agents et dans des conditions identiques avec le sang défibriné, n'éprouve pas de ralentissement sensible dans son écoulement à travers les tubes de Poiseuille. »

M. BOUILLAUD fait remarquer, à l'occasion du travail précédent, qu'il a signalé il y a bien des années, pour la première fois, le ralentissement du pouls chez les sujets affectés d'ictère ou de jaunisse. Depuis la doctrine du célèbre Stoll sur les fièvres bilieuses, on avait généralement considéré la présence de la bile dans le sang comme la cause de l'excitation fébrile dans les affections ci-dessus nommées. C'est tout le contraire. Chez des personnes dont le pouls est normalement à 60 ou 72, il peut descendre à 40.

« J'aurais bien voulu, ajoute M. Bouillaud, rechercher quel était dans la bile, liquide des plus composés, l'élément *spécial* auquel était dû le ra-

lentissement du pouls dont il s'agit. Les circonstances ne me l'ont pas permis. J'apprends avec une vive satisfaction que MM. Feltz et Ritter s'occupent de la solution de ce curieux et important problème de physiologie pathologique, et je suis heureux de leur en adresser toutes mes félicitations. »

Le cœur éprouve, à chaque phase de sa révolution, des changements de température qui modifient son excitabilité. — Note de M. Marey. « Dans une précédente note, j'ai montré que le cœur réagit différemment à des excitations artificielles, suivant l'instant de sa révolution auquel l'excitation lui arrive; que, vers le début de sa phase systolique, il peut être réfractaire aux excitations, tandis qu'ensuite il réagit avec des retards de plus en plus courts à mesure que les excitations sont plus tardives.

« En répétant l'expérience un grand nombre de fois, j'ai vu que certains cœurs ne sont jamais réfractaires aux excitations. Mais dans ces cas, si le cœur réagit toujours, il conserve du moins l'inégalité du *temps perdu* suivant le moment où l'excitation lui est arrivée. Ici, comme dans le cas exposé dans ma première note, le temps perdu est à son maximum quand l'excitation arrive au début d'une systole. Or ces deux phénomènes, perte de l'excitabilité d'un muscle et accroissement de son temps perdu, sont de même ordre, c'est-à-dire que tous deux se produisent sous les mêmes influences. Quand on diminue graduellement l'intensité de l'excitation électrique d'un muscle, on voit le temps perdu s'allonger graduellement et enfin le muscle cesser de réagir. La même chose se produit lorsqu'un muscle est soumis à un refroidissement graduel. Le cœur se comporte, à ce point de vue, comme les autres muscles. Si on lui applique, à un moment toujours le même de sa révolution, des excitations d'intensités décroissantes, on voit s'allonger le temps perdu qui précède la systole provoquée, jusqu'à ce que le cœur devienne réfractaire à l'excitation.

« En conservant la même force aux excitations électriques et en les appliquant à un instant toujours le même, il suffit de refroidir le cœur pour que son temps perdu s'allonge et que l'organe devienne réfractaire aux excitations. L'inverse se produit quand on réchauffe le cœur. On provoque à volonté ces changements de l'excitabilité du cœur d'une grenouille en plongeant pendant quelques instants les pattes de l'animal dans un bain froid ou chaud. Sur un cœur de tortue on obtient les mêmes effets, en faisant circuler dans cet organe du sang échauffé ou refroidi...

« L'expérience montre que l'excitabilité du cœur, comme celle des autres muscles, augmente et diminue avec la température; mais elle montre aussi que l'excitation du cœur change aux différentes phases de sa révolution. On est donc conduit à se demander: La température du cœur ne varie-t-elle pas aux différents instants de sa révolution? et d'autre part: Le sens de ces variations n'est-il pas tel, que le refroidissement corresponde à la phase de moindre excitabilité? L'expérience a vérifié cette double prévision.

« Un cœur de grenouille est traversé par une aiguille thermo-électrique; tant qu'il bat, on constate, à l'aide d'un galvanomètre à miroir, un échauffement à chaque systole et un refroidissement à chaque diastole. Au moyen d'une petite pile thermo-électrique de 10 éléments antimoine et bismuth, les déviations du galvanomètre furent beaucoup plus sensibles. J'ajoute, pour qu'on ne suppose pas une coïncidence fortuite des oscillations propres du galvanomètre avec la période des révolutions du cœur, que, sur un cœur dépourvu de mouvements spontanés, des percussions réveillaient les systoles et influençaient le galvanomètre, tandis que celui-ci était inerte dans l'intervalle des systoles provoquées. Enfin, pour qu'on n'accuse pas, dans cette dernière expérience, les percussions d'avoir produit mécaniquement l'échauffement du cœur, je ferai observer que des percussions semblables, plus fortes même et plusieurs fois répétées, ne produisirent aucun échauffement appréciable dès que le cœur épuisé eut cessé de réagir aux excitations mécaniques.

« Ainsi le cœur s'échauffe pendant qu'il exécute son travail mécanique et

se refroidit quand il se relâche. Le moment où le cœur sera le plus froid, et par suite le moins excitable, sera celui où il aura accompli sa période de refroidissement : ce sera donc le début de la phase systolique. Ici encore la théorie concorde entièrement avec l'expérience. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 7 et 14 mars 1876; présidence de M. Chatin.

De l'étiologie de la gravelle. — M. Debout lit les conclusions suivantes d'un important travail sur ce sujet.

Gravelle urique. — Chez 1 028 malades atteints de gravelle urique, dont 822 hommes, 197 femmes et 13 enfants, j'ai pu, dans 583 cas, établir la cause principale de cette maladie. Dans les autres cas, ou les causes étaient multiples, ou elles n'ont pu être établies.

Cette cause principale a été la suivante :

L'hérédité dans 191 cas;

Des troubles des fonctions digestives dans 160 cas ;

L'excès d'alimentation dans 101 cas;

La vie sédentaire et le défaut d'exercice dans 95 cas;

Les émotions morales violentes dans 35 cas.

Enfin un seul exemple de gravelle urique se détermine par un traumatisme sur la région rénale chez un enfant.

Pour l'hérédité, nous signalerons ce fait par nous observé que les parents d'un graveleux sont souvent beaucoup plus graveleux que goutteux, contrairement à l'opinion émise par sir Henry Thompson.

Nous signalerons encore un fait de gravelle héréditaire, avec crises néphrétiques, chez un enfant de moins d'un an.

Le grand nombre des cas de gravelle reconnaissant pour cause un trouble des fonctions digestives ne doit, pensons-nous, surprendre personne : néanmoins le chiffre élevé résultant de nos observations corrobore les idées émises à ce sujet. Quant aux deux causes suivantes, elles sont trop connues pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur importance. Au point de vue des *ingesta*, nous dirons seulement, en deux mots, ce que l'expérience nous a appris au sujet d'un liquide dont le rôle n'est pas encore nettement défini dans la genèse de la diathèse urique; je veux parler des asperges. Je n'ai jamais observé que les asperges amenassent la formation d'acide urique; cependant l'ingestion de cet aliment est souvent suivie de maux de reins et quelquefois de coliques néphrétiques chez des graveleux, ce qui m'a amené à penser qu'en congestionnant passagèrement un rein qui contenait des sables uriques, elles en facilitaient l'agglomération et pouvaient déterminer la formation de petits graviers.

Gravelle phosphatique. — Il existe une gravelle phosphatique *primitive* et une gravelle *phosphatique secondaire* ou *catarrhale.*

La première est constituée plus spécialement par le phosphate de chaux associé à du carbonate de chaux, à des urates, à d'autres phosphates alcalins.

La seconde est surtout composée de phosphate ammoniaco-magnésien.

La gravelle phosphatique primitive a été rencontrée par l'auteur chez les individus anémiés, des marins revenant de Cochinchine ou du Sénégal et chez les tuberculeux; elle peut d'ailleurs se produire dans les conditions suivantes :

1° Chez les individus anémiés qui, par suite d'une véritable dénutrition, brûlent leurs matières organiques et laissent déposer les matières minérales de leur économie;

2° Elle pourrait exister chez des individus affectés d'une lésion du système nerveux présidant aux fonctions éliminatoires du rein;

3° Exceptionnellement, elle se rencontre chez des malades atteints de diathèse urique, et chez lesquels se montre une gravelle alternante, avec

production d'un jour à l'autre d'acide urique dans une urine acide, et de phosphate et de carbonate de chaux dans une urine neutre ou alcaline.

Il peut exister des graviers de phosphate de chaux dans des urines acides, mais l'urine est alors très-généralement moins acide que l'urine normale.

J'attirerai enfin votre attention sur la fréquence relative de la gravelle urique survenue à la suite d'émotions morales violentes et sur un fait de traumatisme des reins ayant une fois, chez un enfant, amené des coliques néphrétiques suivies de l'expulsion d'acide urique.

Quant à la *gravelle oxalique*, si nous n'en avons rencontré que 47 cas, dont 40 chez l'homme et 7 chez la femme, nous devons dire que, dans plus du tiers des observations microscopiques faites chez les graveleux uriques, nous avons rencontré des cristaux octaédriques d'oxalate de chaux.

Les causes qui amènent ce genre de gravelle sont sensiblement les mêmes que celles qui produisent la gravelle urique, en y ajoutant seulement l'ingestion exagérée d'aliments contenant de l'oxalate de chaux, l'oseille en en particulier.

Nous n'avons pas rencontré de calcul de xanthine; et, dans les deux cas, nous avons observé des graviers de cystine. Il nous a été impossible de rattacher l'existence de ce produit à une cause particulière.

L'un des deux malades, dont le père atteint de gravelle urique faisait avec son fils usage des eaux de Contrexéville, avait, en même temps que des graviers de cystine, bien caractérisés et vus par plusieurs de nos confrères, du sable urique dans ses urines.

La gravelle *phosphatique secondaire* est produite par les deux causes suivantes :

1° Lorsqu'il y a fermentation de l'urine avant son émission ;

2° Lorsque l'abus d'alcalins énergiques ou un régime exclusivement végétal a rendu l'urine alcaline.

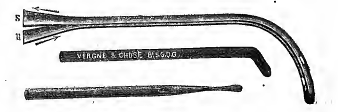
La fermentation ammoniacale de l'urine est occasionnée par le développement du ferment décrit par M. Pasteur et introduit dans l'économie, soit par les voies circulatoires et respiratoires, soit quelquefois aussi par un instrument introduit dans la vessie.

Il peut exister pendant plusieurs années des quantités très-considérables de pus dans l'urine, sans qu'il y ait production de phosphates.

Dans la gravelle phosphatique secondaire, l'urine est toujours fortement alcaline.

L'étiologie de la gravelle de carbonate de chaux est encore fort obscure; néanmoins, ce corps se rencontrant ordinairement associé au phosphate de chaux dans la gravelle phosphatique primitive, on pourrait admettre que les causes de ces deux affections sont les mêmes et que le carbonate de chaux est également produit par la dénutrition.

Sondes en gomme à double courant. — MM. Vergne et Chose soumettent au jugement de l'Académie de nouvelles sondes à double courant qu'ils ont fabriquées sur la demande de M. le docteur Reliquet.



Toutes ces sondes en gomme, quelle que soit leur forme, à grande courbure, conique, olivaire, coudée, bicoudée, ont un conduit d'aller petit et un conduit de retour très-large.

Pour obtenir ce résultat, MM. Vergne et Chose se sont servis d'une

trame en soie très-fine, quoique très-solide, de façon à diminuer autant que possible l'épaisseur des parois de la sonde, et à gagner en capacité interne.

Avec ces sondes, qui présentent toutes les formes répondant aux différentes difficultés du cathétérisme, le courant d'eau continu qui revient de la vessie est bien moins interrompu par l'oblitération du conduit de retour; aussi le lavage de la vessie est-il plus facile et plus complet.

De la lymphorrhagie consécutive aux adénites suppurées et aux lymphangites suppurées. — M. Després, lit un travail sur ce sujet.

Voici ses conclusions :

1° Les adénites suppurées et les lymphangites suppurées sont généralement suivies, pendant les vingt jours qui suivent l'ouverture des abcès, d'un écoulement de l'lymphe qui retarde la cicatrisation de l'incision;

2° Cet écoulement de lymphe peut acquérir des proportions énormes et constituer une lymphorrhagie;

3° La lymphorrhagie consécutive aux adénites suppurées est plus considérable que la lymphorrhagie consécutive à une lymphangite suppurée;

4° La lymphorrhagie plus ou moins abondante est la cause réelle des fistules consécutives aux adénites suppurées chez les sujets sains ou scrofuleux;

5° La compression, toutes les fois qu'elle est applicable, arrête en quelques jours la lymphorrhagie; les cautérisations arrêtent à la longue la lymphorrhagie quand la compression n'a pu être employée;

6° La lymphorrhagie et l'écoulement de la lymphe après les angioleucites et les adénites suppurées sont la démonstration rigoureuse de la lésion primitive des ganglions et des vaisseaux lymphatiques dans les adénites et les angioleucites suppurées;

7° Enfin, il résulte des conclusions précédentes que la compression faite quelques jours sur les adénites et angioleucites suppurées est le meilleur moyen de prévenir la formation de fistules lymphatiques. (Renvoyé à la section de pathologie chirurgicale.)

Sur une affection rare de la peau. — M. Hardy lit un rapport sur une malade présentée par M. Després comme atteinte d'un lupus de la main. (Voir t. LXXXIX, p. 514.)

Après avoir décrit l'état de cette malade, discuté le diagnostic de M. Després, fait voir les analogies que cette affection ulcéreuse présente avec plusieurs autres maladies, telles que la lèpre, le lupus et la sclérodermie, M. Hardy conclut en rapportant cette affection à la gangrène symétrique des extrémités.

M. Devergie, qui faisait partie, avec MM. Hardy et Hillairet, de la commission chargée d'examiner la malade présentée à l'Académie par M. Després, exprime le regret d'être obligé de se séparer de ses deux collègues, sur la détermination de la nature de l'affection présentée par cette malade.

M. Després regardait cette affection comme une forme de lupus dépendant d'une diathèse scrofuleuse. Cette opinion n'a pas été admise par les membres de la commission.

L'idée d'une sclérodermie a également été écartée par la commission. Resteraient deux genres d'affections auxquelles pouvait être rattachée cette maladie, la gangrène symétrique des extrémités, si bien décrite par M. Maurice Raynaud, et une espèce particulière de lèpre. Or, M. Devergie déclare ne point partager l'opinion de ses deux collègues. En effet, MM. Hillairet et Hardy considèrent ce cas comme un exemple de gangrène symétrique des extrémités; M. Devergie le regarde, au contraire, comme un exemple d'une espèce de lèpre de nos pays.

M. Devergie expose les raisons qui lui ont fait écarter le diagnostic de gangrène symétrique des extrémités pour admettre celui de lèpre de nos pays. Il dit que cette dernière affection n'est pas aussi rare qu'on le croit généralement; il en cite plusieurs exemples.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 10 mars 1876; présidence de M. Laboulbène.

Sur la fréquence du tænia. (Suite de la discussion, voir p. 34, 87, 135 et 180.) — M. Vidal communique à la Société sa propre observation.

Le 20 octobre 1868, M. Vidal débarquait à Alger, où il continuait le régime de la viande crue, qu'il suivait depuis plusieurs mois, pour un grand affaiblissement résultant d'une pérityphlite chronique. Plusieurs médecins d'Afrique, apprenant cela, le prévinrent qu'il s'exposait à contracter le tænia inerme. En effet, après quatre mois, l'évacuation de proglottis très-vivants confirmait le diagnostic qu'avait déjà fait porter l'apparition dans les fèces d'œufs de tænia inerme. Une émulsion de 100 grammes de semences de courge amena l'expulsion de quatre tænias mediocanellatas. Malgré les recherches les plus attentives, M. Vidal ne retrouva aucune tête. Toutefois, il ne renonça pas à l'usage de la viande crue, et peu après son retour en France, vers la fin de juin, l'apparition des mêmes symptômes ne laissa aucun doute sur une récidive. Une émulsion d'huile de ricin et de semences de courge récoltées en France n'amena aucun résultat. M. Vidal se fit expédier de ces graines recueillies en Afrique, et 100 grammes, dans une émulsion de 30 grammes d'huile de ricin, firent évacuer deux tænias privés de leurs têtes. Il cessa dès lors l'usage de la viande crue; cependant, à la fin d'octobre, une nouvelle dose de semences de courge fit encore expulser un seul tænia plus long que les précédents. Depuis, la guérison ne s'est plus démentie, quoique M. Vidal n'ait pu retrouver le scolex.

La présence de ces tænias n'a jamais causé de symptômes bien sérieux. Deux ou trois fois M. Vidal a éprouvé quelques légers vertiges en marchant, quelques sensations particulières dans l'hypochondre gauche, une sorte de titillation profonde, et enfin une sensation, au réveil, dans l'arrière-gorge, sensation que M. Vidal a toujours constatée chez les malades qu'il a observés. Il attribue cette sensation à une hypersécrétion des glandules du plancher et de la partie supérieure de l'œsophage, amenant le rejet de quelques mucosités dans un effort d'expulsion. C'est le *retching* des Anglais, bien différent du *hemming* de la pharyngite glanduleuse.

M. Vidal fait suivre cette communication de la lecture d'une lettre de M. Bertherand, secrétaire général de la Société climatologique d'Alger, contenant, sur la question actuellement en discussion, des renseignements intéressants qui peuvent se résumer dans les propositions suivantes:

Le tænia inerme est devenu plus fréquent en Algérie depuis quelques années. — Il n'a été jusqu'ici constaté que chez l'homme. Le *cysticercus cellulosæ* du bœuf, dont le scolex serait l'origine du tænia, est assez fréquent en Algérie, surtout l'été.—Le nombre des bœufs africains exportés en France depuis quelques années a été : en 1870, de 2476; en 1871, de 3610; en 1872, de 18952; en 1873, de 10312; en 1874, de 3079.—D'après M. Lepière, vétérinaire, les chiens d'Algérie ont le tænia inerme; il n'a pas encore trouvé chez eux le *tænia mediocanellata*, ni le bothriocéphale. La ladrerie est très-rare chez les porcs d'Afrique, si rare qu'il est impossible de dire si c'est le scolex armé ou le scolex inerme qui prédomine chez lui.

En terminant, M. Bertherand propose à la Société médicale des hôpitaux de publier un programme complet de questions relatives au tænia; ce programme serait soumis, en Algérie, à tous les membres de la Société climatologique.

Hémorrhagie de la protubérance. — M. Lépine lit une observation sur un cas d'hémorrhagie de la protubérance.

Il s'agit d'une femme de soixante-treize ans, qui est amenée à l'hôpital dans le coma, le 3 janvier 1876. Ses paupières sont abaissées, elle ne répond à aucune question; elle crie et gesticule quand on la pince; la face est tournée assez fortement à gauche et reprend d'elle-même cette posi-

tion si on l'en écarte; le membre supérieur gauche présente un notable degré de roideur dans les articulations, ainsi que le membre inférieur gauche. Ces deux membres sont, en outre, affectés d'un certain état parésique. La sensibilité paraît conservée partout. La température est la même dans les membres des deux côtés. Abaissement de la commissure labiale gauche; pouls insensible, battements du cœur réguliers et fréquents (104); respiration ample et fréquente.

A l'autopsie on trouva une hémorrhagie de la grosseur d'un très-petit grain de millet dans la moitié droite de la protubérance.

M. Lépine signale particulièrement, dans cette observation, la rotation de la tête du même côté que les membres paralysés. On sait que presque toujours la face regarde du côté opposé à la paralysie des membres. C'est la règle quand la lésion occupe un des deux hémisphères. Toutefois il y a des exceptions à cette règle; M. Lépine en a lui-même cité plusieurs exemples. Au contraire il paraît résulter des faits publiés, d'ailleurs en très-petit nombre, que la face peut regarder du côté des membres paralysés quand la lésion se trouve dans le mésocéphale ou le cervelet. M. Lépine rappelle un fait qu'il a lui-même publié et qui avait été antérieurement indiqué d'une manière sommaire par le docteur Prévot. Il rappelle également un fait qui a été communiqué à la Société des hôpitaux, par M. Desnos.

La déviation conjuguée des yeux manquait chez la malade dont M. Lépine vient de rapporter l'observation; ce qu'il explique par le peu d'étendue du foyer; il n'y avait pas non plus chez elle de paralysie alterne. La lésion était tout à fait limitée au faisceau pyramidal. On comprend dès lors que les symptômes aient été bornés aux membres.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 4, 8 et 15 mars 1876; présidence de M. Houel.

Greffe épidermique. — M. Reverdin (de Genève) adresse à la Société deux observations de plaies résultant de l'ablation de tumeurs et cicatrisées à la suite de greffe épidermique.

Du chloral dans le tétanos. — M. Verneuil lit un rapport sur deux observations de tétanos traité par le chloral. Ces observations sont dues, l'une à M. Laurence, l'autre à M. Bresson, tous deux médecins militaires en Algérie. Dans le premier cas, la guérison fut obtenue. Dans le second, les accidents tétaniques commençaient déjà à s'atténuer lorsque le malade mourut subitement en sortant d'un bain. M. Verneuil fait remarquer que les bains peuvent être nuisibles à cause des phénomènes réflexes qu'ils déterminent par excitation superficielle au moment de la sortie de l'eau. Aussi, pour éviter tout contact et toute secousse à ses malades, il les enveloppe d'ouate et les place dans la grande gouttière de Bonnet.

L'influence de l'excitation périphérique sur les crises du tétanos a été constatée également par M. Lannelongue. Les convulsions douloureuses se renouvelaient à chaque fois qu'il faisait le pansement de la plaie et étaient dues au simple effleurement d'un bourgeon charnu. Ce qui le prouve, c'est la cessation des accidents après la cautérisation de ce dernier avec le fer rouge.

M. Blot a vu bien souvent survenir des crises chez les éclamptiques à la suite de l'introduction d'une sonde dans la vessie ou après le moindre contact sur le col utérin.

Trépanation dans un cas de fracture du crâne. — M. Périer communique l'observation suivante :

Une jeune fille de douze ans entre à l'hôpital Sainte-Eugénie huit jours après avoir été frappée à la tête par une escarpolette. Elle se plaint de douleurs de tête, a des vomissements et de la fièvre. Le front et la paupière

droite sont tuméfiés. Il existe à l'angle supérieur du pariétal une plaie linéaire et on constate avec le doigt un enfoncement du crâne sur un espace de 4 centimètres carrés. Des attaques épileptiformes surviennent au bout de quelques jours, ce qui engage M. Périer à intervenir activement. Il pratique la trépanation, retire cinq esquilles et redresse le fragment enfoncé. A partir de ce moment, les attaques ne se renouvellent plus et la guérison survient promptement.

Désarticulation tibio-tarsienne. — M. Panas présente un malade chez lequel il a pratiqué la désarticulation tibio-tarsienne pour un écrasement traumatique du pied ayant intéressé tout le métatarse et la rangée antérieure du tarse. Sous le pansement ouaté qu'il a appliqué il s'est produit quelques accidents phlegmoneux et des fusées purulentes entre le tibia et le tendon d'Achille. Le malade a néanmoins très-bien guéri et marche facilement à l'aide d'un appareil. M. Panas croit que l'accident qu'il vient de signaler est assez fréquent et il se demande s'il n'y aurait pas avantage à faire tout de suite une contre-ouverture et à placer un drain entre l'os et la couche musculaire.

MM. Verneuil, Nicaise et Tillaux ont observé ces mêmes fusées purulentes qui se font dans les gaines synoviales des tendons coupés et dans la couche profonde des muscles.

Epithelioma de la langue. — M. Dauvé, médecin à l'hôpital du Gros-Caillou, présente une tumeur provenant d'un malade de son service qui a succombé à une hémorrhagie foudroyante de l'artère faciale. Cette tumeur, dont l'examen histologique a été fait par M. Ranvier, était constituée par un épithélioma gangrené de la langue qui avait envahi le pharynx. M. Dauvé se demande quelle doit être la conduite du chirurgien en pareil cas et s'il doit oui ou non intervenir.

MM. Le Fort et Tillaux pensent qu'il faut s'abstenir de toute opération dont le résultat serait d'activer le travail morbide ; néanmoins, lorsque des accidents tels que l'asphyxie et l'hémorrhagie sont imminents, on peut tenter quelque chose.

Bandage hypogastrique. — M. Guéniot présente un bandage hypogastrique à double pelote destiné à remplacer les ceintures hypogastriques qui sont souvent mal supportées par les malades. Ce bandage prend son point d'appui sur les aines absolument comme le bandage inguinal double et contient très-bien les organes sans jamais venir heurter le pubis dans les différents mouvements que la femme exécute.

Du cancroïde de la langue à la suite du psoriasis lingual. — M. Trélat lit une observation adressée à la Société par M. Predet (de Clermont-Ferrand). Le malade qui en fait l'objet était âgé de cinquante ans et vient de succomber à un cancroïde de la langue survenu huit ans avant l'apparition de plaques de psoriasis sur la langue.

Ligature de la sous-clavière. — M. Duplay lit un rapport sur une observation de M. Clédoux (de Navarreine). Un homme de trente-deux ans reçoit un coup de corne dans l'aisselle gauche ; il en résulte une hémorrhagie abondante qu'on arrête par le tamponnement. Au bout de quelques jours une nouvelle hémorrhagie, plus grave encore que la première, survient à la suite d'une application intempestive de sangsues sur une tumeur anévrysmale prise pour un phlegmon. M. Clédoux, appelé à ce moment, crut, au dixième jour de la blessure, pratique la ligature de l'artère sous-clavière en dehors des scalènes. Il ne survint aucun accident après l'opération, et au bout de cinq semaines la guérison était complète.

A propos de cette observation, M. Le Fort fait remarquer qu'il existe quelques exceptions à la règle posée par la Société de lier dans la plaie les deux bouts du vaisseau divisé. Ainsi dans les blessures de l'artère axillaire qui ont eu lieu par la paroi antérieure de l'aisselle, on est obligé de faire de larges débridements pour arriver au fond de la plaie et on est exposé à voir la gangrène des membres survenir après la section des artè-

res collatérales. Dans ce cas il vaut mieux faire la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes.

De l'innocuité des grandes opérations chez les femmes enceintes. — Une femme âgée de vingt-deux ans entre dans le service de M. Nicaise pour un sarcôme périostal de l'humérus. Cette tumeur a pris un tel développement, que le chirurgien se décide à pratiquer la désarticulation immédiate malgré l'état avancé de grossesse dans lequel se trouve la malade. L'opération ne fut suivie d'aucun accident et l'accouchement se fit au bout de cinq semaines. Il résulte de ce fait que les grandes opérations pratiquées chez les femmes enceintes seraient beaucoup moins graves qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

M. Verneuil pense que la gravité qui a été observée quelquefois à la suite d'opérations pratiquées chez les femmes en état de gestation tient surtout à l'intensité de la fièvre traumatique. Ainsi si la température s'élève jusqu'à 40 degrés on doit craindre l'avortement et toutes les complications dont il peut être suivi ; si au contraire la fièvre traumatique est modérée, les accidents ne sont pas plus à redouter chez les femmes enceintes que chez les autres sujets.

M. Polaillon fait intervenir deux autres facteurs dans le pronostic des opérations chez les femmes enceintes : les pertes de sang abondantes prédisposeraient selon lui aux accidents graves ; d'autre part, l'âge de la grossesse devrait être pris en considération, car les accidents seraient beaucoup plus à craindre dans les quatre ou cinq premiers mois que dans la seconde moitié de la gestation.

M. Guéniot accepte les déductions de M. Verneuil, mais trouve qu'elles ne doivent pas être généralisées d'une façon absolue. Ainsi, il a vu une femme enceinte passer par toutes les phases d'un érysipèle périėrànien des plus graves et arriver néanmoins au terme de sa grossesse. Aux causes d'avortement qui viennent d'être signalées par ses collègues, il faut en ajouter une dernière, c'est la contractilité variable de la matrice suivant les femmes. Cette différence de contractilité explique très-bien pourquoi les traumatismes n'ont pas toujours les mêmes effets sur la grossesse.

M. Tillaux a pratiqué, dans ces dernières années, des opérations graves chez trois femmes se trouvant à des époques différentes de grossesse et n'a pas eu d'accidents. Cette innocuité ne doit point cependant autoriser les chirurgiens à montrer trop de hardiesse dans les cas semblables.

Lecture de trois mémoires. — M. Pinard, chef de clinique d'accouchement, lit un travail sur les questions suivantes :

1° Du palper abdominal au point de vue du diagnostic des présentations et des positions ;

2° De l'accommodation du fœtus pendant la grossesse ou des diverses présentations.

3° Des moyens de fixer et d'engager la tête fœtale pendant la dernière période de la grossesse et de transformer définitivement les présentations de l'épaule et du siége en présentation du sommet pendant la première période.

Anévrysme poplité guéri par la compression. — M. Marjolin présente, au nom de M. Prestat (de Pontoise), une observation d'anévrysme poplité guéri chez un vieillard de soixante-neuf ans, par quatre séances de compression ayant duré trois heures chacune.

De la perinéorhaphie chez une femme enceinte. — M. Verneuil dépose de la part de M. Mollière (de Lyon) deux observations de perinéorhaphie. La première fut pratiquée chez une femme enceinte de deux mois et demi, dont la grossesse était ignorée ; il ne résulta, d'ailleurs, de cette circonstance, aucun accident. M. Verneuil rappelle à ce sujet une opération de fistule vésico-vaginale qu'il fit dans des circonstances analogues ; cette fois l'avortement survint aussitôt après l'opération.

De l'inflammation des varices lymphatiques. — M. Nepveu ayant eu récemment l'occasion d'observer un cas de lymphangite télangiectasique, affection très-rare en France, donne lecture d'un mémoire sur ce sujet.

Glaucome avec anévrysmes miliaires de la rétine.—M. Poncet (de Cluny) présente une observation sur laquelle nous reviendrons lors de la lecture du rapport auquel elle doit donner lieu.

Rapport sur le prix Gerdy. — M. Palaillon rend compte à la Société des mémoires qui lui ont été adressés pour le concours du prix Gerdy ; le sujet à traiter était le suivant : *De l'action de l'air sur les plaies au point de vue historique et doctrinal.*

Elections. — M. Guérin est nommé, sur sa demande, membre honoraire de la Société.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 mars 1876 ; présidence de M. Oulmont.

Du narcisse des prés comme vomitif. — M. René Blache emploie, suivant en cela la pratique de son père et de Guersant, l'infusion de narcisse des prés comme vomitif ; il trouve à ce médicament une sûreté d'action qui n'aurait jamais fait défaut dans plus de cinquante cas où cette infusion a été employée.

Voici comment doit se faire cette infusion : on met infuser pendant vingt minutes de 2 à 3 grammes de fleurs de narcisse des prés dans 150 grammes d'eau bouillante ; cette infusion, légèrement sucrée, est prise sans répugnance par les enfants, et le vomissement survient dix à douze minutes après l'ingestion. M. Blache se propose d'étudier, dans des recherches ultérieures, quelle est la partie de la plante qui produit les vomissements.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Antagonisme du jaborandi et de la belladone. — Quelques cas d'empoisonnement par la belladone, qui furent traités récemment par le professeur Sydney Ringer, lui fournirent l'occasion d'essayer l'action du jaborandi sur les personnes qui étaient sous l'influence profonde de la belladone. Comme on le sait, le jaborandi, chez les personnes en bonne santé, produit une transpiration copieuse et une salivation profuse, une contraction de la pupille, et une diminution de la distance visuelle ; tandis que la belladone a une action contraire en ce qui touche ces symptômes. Après avoir administré une dose toxique de belladone la peau devient sèche et colorée, la gorge et la bouche sont brûlantes, les pupilles dilatées, et le point le plus proche de la vision distincte est fort éloigné de l'œil.

Par les détails des observations, on peut voir que, pendant que les sujets furent sous l'influence de la belladone, l'action physiologique du jaborandi ne peut être produite, même à des doses très-fortes, et qui dans des conditions normales auraient été dangereuses.

Un des malades, âgé de soixante-

quatre ans, prit de la belladone à douze heures trente minutes ; à deux heures quinze minutes, on lui injecta sous la peau 2 centigrammes de pilocarpine et on lui fit d'autres injections sous-cutanées à trois heures quinze minutes, à trois heures cinquante minutes et à cinq heures ; on lui injecta donc 8 centigrammes de pilocarpine en deux heures quarante-cinq minutes, et toutefois sans effet apparent sur les symptômes. Pendant quelques secondes après la troisième injection, on crut que la peau devenait un peu humide. Mais la transpiration cessa presque aussitôt. Afin d'essayer la qualité de la solution employée, on en injecta 2 centigrammes sous la peau d'un autre malade et un quart d'heure après il était baigné de sueur et un flot de salive s'écoulait de la bouche. On lui injecta alors un demi-milligramme d'atropine et en cinq minutes transpiration et salivation cessèrent. Pour savoir si le sujet empoisonné était moins susceptible à la pilocarpine que d'autres personnes, on lui injecta, après sa guérison, 2 centigrammes de pilocarpine et en vingt minutes sa peau était trempée de sueur.

Chez un enfant de quatre ans, empoisonné aussi par la belladone, il ne produisit non plus ni transpiration ni salivation, mais cela ne doit pas surprendre; on ne peut pas non plus en tirer de conséquence pour l'antagonisme entre la pilocarpine et l'atropine, car les enfants tolèrent très-bien ces deux substances; et M. Ringer a trouvé que même des doses élevées de pilocarpine, que l'on donne ordinairement à des adultes, ne produisent, chez les enfants, ni transpiration ni salivation. (*The Lancet*, 5 mars 1876, p. 346.)

Le professeur Vulpian a déjà signalé, dans une communication faite au mois de février 1875 à la Société de biologie, l'antagonisme de l'atropine et du jaborandi. Se fondant sur des travaux antérieurs qui montrent que la glande sous-maxillaire est sous la dépendance de deux espèces de nerfs, les uns provenant du sympathique cervical, les autres de la corde du tympan, M. Vulpian a montré que les premiers tenaient les glandes dans un état de tonus permanent qui limite l'action sécrétante, tandis que la corde du tympan en paralysant cette action restrictive des nerfs ganglionnaires augmenterait, par son excitation, la sécrétion de la glande. Le jaborandi agirait donc en excitant la corde du tympan, tandis que l'atropine aurait surtout une action sur les nerfs ganglionnaires.

Anévrysmes fusiformes des artères tibiales antérieures et postérieures; compression digitale; guérison en trente-six heures. — Il s'agit dans cette observation, due au docteur de Forest Willard, d'un homme de soixante-six ans, albuminurique, athéromateux, et atteint en outre d'un double anévrysme tibial.

L'affection avait été accompagnée, au début, de douleurs vives dans la jambe, puis on avait constaté des battements dans cette région, et une tuméfaction de la jambe et du pied. La flexion forcée n'arrêtait pas les battements et était très-douloureuse ; on fit alors la compression digitale dans le triangle de Scarpa pendant trente-six heures.

Il y eut, d'abord, des douleurs vives, qui furent calmées par des injections hypodermiques de morphine, de l'œdème de tout le membre inférieur et de l'abaissement de la température du pied ; mais, bien que la circulation collatérale ne se rétablit que lentement, il n'y eut pas de sphacèle.

Les jours suivants se manifestèrent de la diarrhée, de la fièvre, et une rétention d'urine qui, observée dès le lendemain, nécessita le cathétérisme. Elle fut suivie d'une attaque de cystite qui dura une dizaine de jours. Pendant ce temps, la quantité d'albumine contenue dans l'urine augmenta. Tous ces symptômes s'amendèrent néanmoins, et, malgré l'affaiblissement du malade, dû à l'albuminurie, la guérison des anévrysmes n'en persista pas moins. (*Philadelphia Med. Times*, 25 septembre, 1875, p. 819.)

Bons effets du chloral dans le traitement des ulcères. — Le docteur Clément Lucas, chirurgien de Guy's Hospital, a en ce moment, dans ses salles, plusieurs malades atteints d'ulcères et qu'il traite par des applications externes d'une solution d'hydrate de chloral ;

les résultats obtenus sont assez remarquables pour que nous en entretenions nos lecteurs.

M. Lucas commença à employer le chloral sur ses malades du dehors en août dernier, pour des plaies fongueuses et des ulcères fétides, et, satisfait du résultat, il a donné une plus grande extension à ses essais dans ses salles d'hôpital. L'effet de l'application locale du chloral paraît être celui d'un stimulant et d'un désinfectant énergiques ; loin d'exercer une action calmante ou sédative sur les parties où on l'applique, il produit au contraire une douleur considérable qui dure quelque temps ; même lorsqu'il est employé sur une large surface, il n'est pas absorbé en quantité suffisante pour agir comme hypnotique. Il importe peu du reste qu'il entre ou non dans la circulation, puisque la quantité employée en usage externe est si petite, comparée à la dose administrée à l'intérieur, que, quand même elle passerait tout entière dans le sang, la quantité absorbée serait encore bien inférieure à celle d'une potion narcotique ordinaire. Son application locale est cependant fort à l'abri des dangers qui suivent ordinairement les lotions opiacées ou phéniquées longtemps continuées.

M. Lucas a employé des solutions à différents degrés de concentration ; mais celle qu'il a trouvée la plus convenable est celle de 4 grains de chloral pour 1 once d'eau (soit environ 1 gramme pour 120 d'eau). Cette solution produit souvent une cuisson considérable, qui peut durer un quart d'heure, mais qui diminue aux applications suivantes.

Lorsque les malades ont accusé une cuisson trop vive, on a diminué le degré de concentration ; soit 50 ou 75 centigrammes pour 120 grammes. Le traitement des ulcères fongueux de mauvais aspect a été suivi d'un grand succès ; la surface de l'ulcère s'est détergée rapidement et la cicatrisation s'est faite avec une rapidité vraiment étonnante dans certains cas.

Dans la salle Lydia était une femme robuste, de cinquante ans, atteinte de varices depuis vingt ans et d'ulcères depuis dix ans. Les ulcères pour lesquels elle est entrée le 8 septembre duraient depuis quatre ans. A ce moment, deux ulcères ovales, irréguliers, occupaient les faces antérieure et externe de la jambe gauche. L'antérieur avait près de 7 pouces de long, et 3 pouces et demi de large ; le second, situé en arrière, avait 2 pouces et demi en longueur et trois quarts de pouce en largeur. La surface des ulcères était profondément excavée, fongueuse par places, les bords épais, élevés et renversés.

Sous l'influence des lotions de chloral, les ulcères se nettoyèrent rapidement, l'épidermisation se fit avec rapidité même alors que le niveau des ulcérations était encore bien au-dessous de celui de la peau voisine. La plus petite fut complètement cicatrisée en une quinzaine de jours et, à cette époque, la plus grande n'était plus qu'une plaque granuleuse d'un demi-pouce de large et de 2 pouces de long que l'épiderme recouvrait rapidement.

Dans la même salle se trouvaient plusieurs autres cas d'ulcères moins graves et traités de la même manière, qui présentaient également un aspect satisfaisant, entre autres un kyste suppuré de la langue, pour lequel on avait prescrit le gargarisme suivant comme désinfectant :

Hydrate de chloral.	50 centigrammes.
Eau.	120 grammes.
Sirop.	Q. S.

Dans la salle Lazare était un malade atteint d'ulcères variqueux depuis dix ans. C'était un porteur de blé, âgé de cinquante-quatre ans, et habitué, lorsqu'il travaille, à boire cinq ou six pintes de bière par jour, et à se griser au moins une fois par semaine. A son admission, il avait les jambes très-tuméfiées et enflammées, les ulcères étaient très-excavés, à surface fongueuse et d'odeur très-fétide. Il y avait un ulcère à la face interne du mollet, de 2 pouces et demi de long sur 1 pouce trois quarts de large ; à la jambe gauche étaient deux autres ulcères encore plus étendus. L'application des lotions de chloral eut les mêmes résultats que dans le cas cité plus haut.

Dans une autre salle est aussi un garçon qui fut atteint d'une blessure grave à la face antérieure du genou, suivie d'une ulcération

étendue des téguments ; les lotions de chloral, employées tout d'abord, agirent favorablement. (*The Lancet*, 16 octobre 1875, p. 558.)

Les faits signalés par le docteur Clément Lucas viennent confirmer complétement ceux publiés en France pour la première fois par MM. Hirne et Dujardin-Beaumetz. Ces auteurs ont démontré pour la première fois les propriétés antifermentescibles du chloral, et ont montré les applications qui découlaient de ces propriétés ; le *Bulletin* a signalé ces applications (t. LXXXV, p. 49).

M. Marc Sée, à l'hôpital Sainte-Eugénie, a aussi obtenu, dans le traitement des plaies scrofuleuses chez les enfants, d'excellents résultats par l'emploi des solutions chloralées.

(*Journal de thérapeutique*, 25 juillet 1875.)

Sur l'action physiologique, tonique et thérapeutique du chlorate de potasse. — Le docteur Isambert, qui a déjà fait du chlorate de potasse l'objet d'un mémoire fort important, vient de compléter ses recherches par de nouvelles expériences qu'il a résumées dans un travail communiqué à la Société de biologie. Voici les conclusions de M. Isambert:

Pour résumer les expériences que nous avons rapportées dans ce mémoire et la revue clinique à laquelle nous venons de nous livrer, nous dirons que :

Le chlorate de potasse est un sel très-fixe, qui ne se laisse pas décomposer par les faibles réactions de l'organisme.

Il n'abandonne aux tissus animaux, soit dans les phénomènes vitaux, soit dans les fermentations putrides, aucune partie d'oxygène ou de chlore. Son action antiseptique est analogue à celle du sel marin ou d'autres sels chimiques.

Il n'exerce sur les différentes humeurs, sauf sur le sang, aucune action visible, et se mêle avec elles sans exercer d'action chimique. Il ne précipite pas l'albumine ; il n'empêche pas la coagulation de la fibrine.

Mêlé au sang tiré de la veine, il donne à celui-ci une couleur rutilante qui n'est que passagère et est bientôt remplacée par une teinte brune fuligineuse et la dissolution des globules rouges. Cette action, qui paraît toute physique, est analogue à celle des carbonates alcalins.

Introduit dans les voies digestives, ou sous la peau, le chlorate est rapidement absorbé, et il est presque immédiatement éliminé en nature par la plupart des sécrétions, surtout par l'urine, la salive, le mucus nasal et bronchique, les larmes, la sueur, le lait ; il y a doute pour les autres sécrétions.

Dans son passage dans l'économie, le chlorate n'est nullement réduit, et n'abandonne aucune partie d'oxygène à nos tissus

Injecté dans les veines, le chlorate à dose assez faible détermine la mort subite par cessation des battements du cœur, à moins que la lenteur de l'injection ne permette l'élimination par les urines et la salive.

A l'état physiologique, il agit sur la fonction de circulation comme un sédatif, et déprime la tension artérielle sans diminuer sensiblement le nombre des pulsations. Sur les organes de la respiration, il n'exerce aucune action apparente, sauf une légère irritation des bronches, du larynx et des fosses nasales, et une sécrétion plus abondante des mucosités.

Sur les organes de la digestion, il agit, en général, comme excitant, et modifie spécialement les sécrétions de la bouche et des premières voies. Il excite l'appétit, et paraît à peu près sans action sur les intestins et les fonctions du foie.

Sur les organes sécrétoires, il exerce une excitation notable sur toutes les sécrétions par lesquelles il s'élimine, spécialement sur la salive et l'urine.

Sur le système nerveux, il paraît agir comme sédatif ; cette action ne se traduit pas par des phénomènes physiologiques ; elle peut être seulement consécutive à la sédation de la circulation.

Sur le système cutané et la sécrétion de la sueur, il paraît à peu près sans action.

Il favorise peut-être la résorption interstitielle.

A haute dose, le chlorate ingéré brusquement à l'intérieur peut devenir toxique ; à doses fractionnées, le danger est nul, parce que le sujet

se débarrasse à mesure par les excrétions naturelles.

Au point de vue thérapeutique :

Le chlorate de potasse n'exerce aucune action tonique, antiputride ou reconstituante, comme l'ont cru les anciens.

En applications topiques sur différentes plaies atoniques, il agit comme un cicatrisant énergique, mais probablement par une simple action d'osmose, comme le font différents sels, et sans exercer d'action chimique sur les tissus, ni sur les produits de leur décomposition. On peut, dans cet ordre de faits, l'employer avec utilité dans les ulcères atoniques, les plaies fétides, le phagédénisme, dans les érosions superficielles des organes génitaux, le prurit de la vulve, les fissures du prépuce.

A l'intérieur. il est le spécifique de la bouche. Contre la stomatite ulcéro-membraneuse, il constitue véritablement un remède héroïque. Il est très-utile aussi dans la stomatite mercurielle et dans la plupart des maladies de la bouche, sauf le muguet qui échappe entièrement à son action.

Il est également utile contre les maladies des fosses nasales et contre les angines de différente nature, particulièrement contre les angines diphthériques de moyenne intensité, sans agir sur la cause générale de la diphthérie. Au même titre, il reste un adjuvant utile dans le croup.

Dans les bronchites chroniques et dans certaines phases de la phthisie on peut l'employer comme expectorant et comme succédané du kermès.

On peut enfin l'employer comme un diurétique éliminant beaucoup d'acide urique.

En dehors de ces applications précises, le chlorate n'a plus d'action thérapeutique certaine : les unes sont indifférentes (rhumatisme, blennorrhagie, etc), les autres tout à fait chimériques (fièvre typhoïde, grossesses et avortements, kystes de l'ovaire, maladies infectieuses, etc.). *Gazette médicale*, 1875.

Paralysie rhumatismale du larynx guérie par l'électricité. — Le professeur de Renzi (de Gênes) publie une observation de paralysie rhumatismale guérie par l'électricité; le sujet est une bonne âgée de dix-sept ans, et qui avait attrapé froid, en restant découverte sur son lit pendant une nuit de décembre. La toux disparut quelques jours après, mais l'aphonie persista. A l'examen on constata une rougeur notable des piliers du voile du palais, du voile du palais lui-même et de la partie postérieure du larynx; en outre, une rougeur très-marquée de toute la muqueuse laryngienne et particulièrement des cordes vocales, qui étaient immobiles dans les efforts faits par la malade pour parler; il n'y avait pas d'ulcération. On essaya l'hydrothérapie, mais sans aucun résultat; alors on soumit la malade à la faradisation de la peau de la région laryngienne avec le pinceau électrique. Après la première séance la voix revint presque aussitôt, et quelques jours après la voix devint normale.

Cette observation contredit les assertions de Burns, de Mackenzie, Eulemburg, qui prétendent que les paralysies laryngiennes doivent être traitées par l'application directe de l'électricité sur les muscles du larynx avec l'intervention du laryngoscope. Ainsi Eulemburg croit à tort que la faradisation de la peau est utile seulement dans les cas de paralysies hystériques; le fait de M. de Renzi est la preuve de cette erreur. (*La Nuova Liguria medica* 1874, nº 1 et *Galvani*, 1874, juillet et août.

De l'emploi de la daturine comme mydriatique. — Il résulte des observations nombreuses recueillies par M. le docteur Fano :

1º Que, sur un œil sain, il suffit de vingt à vingt-cinq minutes pour obtenir la dilatation de la pupille, avec une solution de daturine au trois-millième, dans laquelle l'œil est plongé ;

2º Que l'action de la daturine est aussi prompte que celle de l'atropine, les deux solutions étant employées au même titre ;

3º Que l'instillation d'un collyre à la daturine, au six-centième, produit une dilatation de la pupille au bout de vingt-cinq minutes, et chez de jeunes sujets dans un espace de temps plus court;

4º Que l'instillation d'un collyre à l'atropine produit des effets mydriatiques un peu plus promptement que l'instillation d'un collyre à la daturine ;

5° Dans les kératites vasculo-plastiques accompagnées d'un état de non-dilatabilité de la pupille, alors que la daturine est inefficace pour provoquer cette dilatation, l'atropine reste également sans effet ;

6° Mais dans ces mêmes sortes de kératites la daturine produit parfois une dilatation de la pupille, lorsque l'atropine n'a exercé aucune action de ce genre ;

7° Si le collyre à la daturine ne produit pas une dilatation de la pupille, dans certaines kératites vasculo-plastiques où l'effet mydriatique de l'atropine n'est pas non plus appréciable, la daturine paraît exercer une action spéciale sur les vaisseaux de la cornée, qui diminuent de calibre sous l'influence de l'alcaloïde du *datura stramonium* ;

8° Le collyre à la daturine paraît donc supérieur au collyre à l'atropine dans certaines kératites vasculo-plastiques chroniques. (*Journal d'oculistique et de chirurgie*, août et septembre 1875.)

Jobert (de Lamballe) avait déjà en 1861 proposé de substituer la daturine à l'atropine comme mydriatique, et le *Bulletin* a donné une analyse de ce travail (voir t. LXII, p. 138). Voici les conclusions de Jobert, que l'on peut comparer à celles du docteur Fano :

1° La daturine est trois fois plus active que l'atropine et ses sels ; par conséquent, les doses de daturine doivent être trois fois moins fortes que celles des préparations d'atropine ;

2° Introduite dans les paupières, elle ne détermine pas de douleur et n'a pas l'inconvénient de brouiller la vision, comme fait la belladone ;

3° Enfin, les effets de la daturine sont plus constants que ceux de la belladone, et son action persiste plus longtemps que l'action de cette dernière.

Emploi thérapeutique de l'oxalate de cérium. — L'introduction de l'oxalate de cérium en médecine ne date que de dix-sept ans.

Le professeeur Simpson appela, le premier, l'attention sur ses propriétés astringentes et thérapeutiques (*Med. Times et Gazette*, 17 septembre 1859). Il le recommande comme le plus simple et le plus sûr de tous les remèdes, contre les nausées et les vomissements pendant la grossesse.

Le docteur Charles Lee (*Amer. Journ. of Med. Science*, octobre 1860), le docteur W.-H. Jones (*Chicago Med. Journ.*, février 1861), Albert Lloyd (*the Lancet*, 30 novembre 1861), Georges Lelwyn Morris, dans le même numéro de la *Lancet*, « W. C. F. » (*Med. Times and Gaz.*, 11 janvier 1862), J.-W. Curran (*Med. Press and Circul.*, 14 juillet 1869), S.-A. Lucas (*Med. Press and Circul.*, 4 août 1869), Edwin Bush (*British Med. Journ.*, 27 novembre 1869), F.-K. Bailey (*Med. and Surg. Reporter*, 9 janvier 1875) ont eu les mêmes bons résultats dans les vomissements de la grossesse, de la phthisie, de l'hystérie, et des affections chroniques de l'estomac.

Le docteur Charles-K. Mills, qui l'a essayé dernièrement dans 60 cas, a obtenu les résultats suivants :

Nausées et vomissements de la grossesse, 11 cas : 10 succès, 1 amélioration ;

Nausées et vomissements liés à des troubles de l'utérus, 3 cas : 2 succès, 1 amélioration ;

Nausées et vomissements hystériques, 5 cas : 4 succès, 1 amélioration ;

Vomissements associés à la névralgie, 2 cas : 1 succès, 1 amélioration ;

Vomissements de la phthisie, 2 cas : 1 succès, 1 insuccès ;

Vomissements des premiers jours de la fièvre typhoïde, 4 cas : 4 succès ;

Vomissements et diarrhée de la dentition, 5 cas : 5 succès ;

Dyspepsie, 15 cas : 6 succès, 7 améliorations, 2 insuccès ;

Diarrhée, 3 cas : 1 succès, 2 améliorations ;

Dyssenterie, 1 cas : 1 insuccès ;

Ulcère de l'estomac, 5 cas : 3 améliorations, 2 insuccès ;

Gastrite chronique, 2 cas : 1 amélioration, 1 insuccès ;

Cancer du pylore, 1 cas : 1 insuccès ;

Entérite, 1 cas : 1 insuccès.

On ne sait encore que peu de chose sur le mode d'action de l'oxalate de cérium. Agit il comme sédatif tonique de l'estomac, à la manière des sels d'argent et de bismuth (Simpson), ou comme un simple protecteur local, vu son insolubilité absolue (Pereira) ; ou en

diminuant l'excitabilité réflexe du canal alimentaire (Mills)? La question n'est pas tranchée.

Administration. « La dose d'oxalate de cérium pour un adulte est de 1 à 5 grains (6 à 30 centigrammes); pour un enfant, d'un quart à un demi-grain. Je l'ai donné jusqu'à 6 grains, mais le plus souvent je l'ai prescrit à doses de 2 ou 3 grains, cette quantité suffisant généralement dans les cas qui semblent justiciables de son pouvoir thérapeutique. Peut-être peut-on l'employer avec avantage à des doses plus élevées; mais l'expérience n'a pas encore établi la limite de son usage maximum, et il est peut-être préférable de restreindre son administration aux quantités susmentionnées. Dans deux cas où on le prescrivit à la dose de 5 à 6 grains, il parut causer un léger malaise gastrique et de la diarrhée; mais ce peut avoir été de pur hasard. On l'administre plus facilement sous forme de poudre ou de pilules. Si c'est la poudre, on peut la donner seule, ou l'enrober avec du sucre, du lait, de la poudre de gomme arabique, de la gomme adragant, ou autre substance analogue. Par la trituration on peut augmenter beaucoup la finesse de l'oxalate pur, et je pense qu'il doit agir plus promptement après avoir subi cette préparation. J'ai fait des pilules avec les extraits végétaux, de gentiane, de quassia, de lupulin, de jusquiame, etc.; ou, si l'on veut donner l'oxalate seul, on peut faire les pilules avec du sirop d'acacia, de la glycérine, du miel; ce dernier excipient est l'un des meilleurs dans ce cas. Son insolubilité rend son administration en préparation liquide généralement incommode; mais on peut très-bien le suspendre dans un mucilage d'acacia ou dans du sirop simple. (Mills, *Philadelphia Med. Times*, 8 janvier 1876, p. 171.)

Du traitement du bec-de-lièvre double compliqué. — L'opération du bec-de-lièvre double compliqué de saillie, même très-considérable, de l'os intermaxillaire peut être faite immédiatement après la naissance. Cette opération est d'autant plus justifiable que les principaux inconvénients qu'on lui a attribués sont évités facilement par la méthode préconisée par M. le professeur Richet, méthode que M. le docteur Gaston Petiau expose dans son travail et que l'on peut ainsi résumer. On doit diviser l'opération en deux temps, séparés par un intervalle de quelques jours; l'enfant pourra ainsi triompher plus sûrement de la vive commotion dont sa santé aura à souffrir.

Ces deux temps seront ainsi répartis :

A. Résection ou ablation complète de l'os intermaxillaire;

B. Réunion des parties molles.

La résection du tubercule osseux est effectuée au moyen d'une pince-écraseur inventée par M. Richet, sans avoir à redouter une hémorrhagie qui presque toujours est mortelle.

La réunion des parties molles s'obtient avantageusement par le procédé de Clinot (de Rochefort) modifié par Hussou, Giraldès, mais à la condition de prendre les plus minutieuses précautions de médecine opératoire surtout lorsqu'on arrive aux points de suture. Ceux-ci doivent être faits avec des fils de soie, très-ténus, passés à travers les téguments avec les aiguilles les plus fines possible.

Cette dernière condition, du reste, est peut-être, dans toute opération autoplastique, et spécialement dans celles pratiquées chez les enfants, la plus indispensable à observer en vue d'un succès complet. (*Thèse de Paris*, 1875).

De la torsion des artères. — Le docteur Magon a fait un bon résumé des discussions qui ont eu lieu depuis les travaux de M. Tillaux sur cette question. Aussi l'auteur, après avoir étudié avec soin le résultat de la torsion des artères sur leurs tuniques, sur le caillot qui se forme ensuite, et enfin sur les hémorrhagies secondaires, conclut en ces termes :

La torsion est un procédé d'hémostase qui réunit à la sûreté et à l'efficacité de la ligature l'avantage d'oblitérer les artères sans interposition d'un corps étranger; en conséquence, elle convient surtout dans les cas où l'on désire tenter la réunion par première intention et où l'on a à redouter une hémorrhagie secondaire.

La torsion, adoptée sans difficulté pour oblitérer les petits vaisseaux,

est pratiquée avec autant de sûreté pour les grosses artères et pour les artères athéromateuses.

La torsion, pour être bien pratiquée, n'exige qu'une condition, c'est de saisir tout le calibre du vaisseau avec une pince dont la pression soit assez énergique pour ne pas laisser échapper le bout de l'artère.

L'auteur donne dans le courant de sa thèse des figures nécessaires pour montrer les modifications que les fabricants ont fait subir aux différentes pinces à verrou pour en faire de bonnes pinces à torsion. Celles qui paraissent préférables, sont les pinces à verrou de M. Tillaux, ou des pinces analogues aux pinces à pansements et aux pinces à foroipressure, et fabriquées d'après les indications de l'auteur. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Du traitement de l'empoisonnement phosphoré par l'essence de térébenthine commune. — Le docteur Hieguet a communiqué à la Société de médecine de Liége deux observations d'empoisonnement par le phosphore qui ont été guéries par l'essence de térébenthine. Il s'agit, dans le premier cas, d'un homme de trente-cinq ans, qui prit une infusion des trois quarts d'une boîte d'allumettes (50 centigrammes de phosphore environ). On a administré l'essence de térébenthine en frictions, l'estomac ne pouvant supporter aucune préparation. Ces frictions ont été pratiquées pendant huit jours. Le malade a parfaitement guéri. Dans le second cas, il s'agit d'une dame âgée de cinquante-trois ans, qui a pris une infusion d'une grande boîte d'allumettes dans du café noir (75 centigrammes environ de phosphore). On fait faire des frictions toutes les deux heures avec de l'essence de térébenthine et on en répand sur des linges pour en saturer l'air de la chambre. La guérison eut aussi lieu. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, mars-avril 1875, p. 111.)

Ce fait, qui vient complétement à l'appui de la médication proposée par Andant (de Dax) et préconisée depuis par MM. Personne, Laboulbène (voir t. LXXXVII, p. 425), Rommelaere (t. LXXXVIII, p. 477), montre que dans les cas où la térébenthine ne peut être administrée par l'estomac, ce qui arrive fréquemment dans les empoisonnements avec le phosphore à cause des vomissements incessants qui se produisent, on peut utiliser avec succès son administration par la peau et surtout par les voies respiratoires; c'est là un fait intéressant à noter.

De la cautérisation au nitrate d'argent aidé du contact du zinc métallique. — Cette méthode, que l'on doit à Corradi, et qui a été l'objet d'un travail fort important du docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, fait aujourd'hui le sujet d'une note de M. le docteur P. Aubert, médecin de l'Antiquaille.

Voici d'abord la manière de procéder : la manière d'opérer est la suivante : on touche la surface à modifier, soit avec le crayon de nitrate d'argent, soit avec une solution concentrée de ce sel (50 pour 100 ou 100 pour 100) ; puis, aussitôt après, on promène sur la même surface un crayon de zinc bien décapé. Sous l'influence de ce contact, on voit immédiatement la partie touchée devenir d'un beau noir.

C'est contre certaines syphilides exubérantes que Corradi avait préconisé ce moyen, et c'est dans le traitement des syphilides papulohypertrophiques que M. Chéron a obtenu de remarquables résultats En effet, 18 malades traitées par le nitrate d'argent aidé du zinc ont mis en moyenne 9 jours à guérir, alors que 23 malades traitées par le nitrate acide de mercure n'étaient guéries qu'après 27 jours, et que 26 malades traitées simplement par le repos, les bains et les poudres inertes, n'obtenaient le même résultat qu'après une moyenne de 53 jours.

M. Aubert a étudié ce qui se produit dans cette double action du nitrate d'argent et du zinc; il montre qu'une plaie que l'on traite par le nitrate d'argent présente un mélange d'albuminate et de chlorure d'argent et du nitrate d'argent libre. Si l'on présente alors une plaque de zinc, il se fait une précipitation du nitrate d'argent; l'argent est réduit à l'état métallique, et il se fa du nitrate de zinc. Le chlorure d'argent subit aussi une autre décomposition, d'où il résulte du chlorure de zinc. Ce sont ces deux corps qui, par leur action caustique,

modifient les plaies ulcéreuses; aussi le docteur Aubert propose-t-il de substituer à la méthode de Corradi l'emploi pur et simple du nitrate de zinc qui remplacerait le nitrate d'argent. (*Lyon médical*, 17 octobre 1875, p. 225.)

Sur un nouveau procédé d'anesthésie locale. — Le docteur Cardenal donne, dans les *Annales de physiologie*, une analyse de la nouvelle découverte faite par le docteur Letamendi. Voici en quoi consiste cette dernière :

Quand on emploie l'appareil de Richardson rempli d'éther sulfurique parfaitement neutre pour amener l'anesthésie locale, on voit au bout de quelques minutes survenir la rubéfaction et une sensation de froid, mais jamais de sensation de brûlure ou de cuisson.

Si à ce moment, avec un bistouri convexe, on fait à la peau soumise à l'irrigation et devenue rouge, au niveau de la région hypérémiée, une très-légère incision, longue de 8 à 18 millimètres, et intéressant seulement l'épiderme et le réseau superficiel du derme, aussitôt après que cette incision est faite, il se produit subitement, à partir du point entamé par le bistouri, une zone anémique du tégument cutané qui va s'élargissant; si l'on prolonge quelques secondes encore l'irrigation d'éther, cette région devient exsangue et l'on a obtenu son anesthésie complète, absolue. Les tissus ischémiques anesthésiés ressemblent, si on les coupe, à du beurre: ils ont perdu leur souplesse, leur élasticité, pour prendre une consistance de carton mouillé, de graisse coagulée. Autour du cercle blanc, on voit une zone annulaire dont l'état anémique n'est pas aussi absolu, qui ressemble à une sorte de pénombre, et se trouve très-bien disposée pour devenir tout à fait ischémique comme la contrée centrale. Il suffit, en effet, de diriger l'irrigation d'éther sur la zone en anneau pour voir se propager l'anémie absolue et l'anesthésie qui en est la conséquence. On peut ainsi agrandir dans tous les sens le département anémique et l'étendre considérablement; on peut lui faire faire le tour du bras, le faire remonter jusqu'à l'épaule et descendre jusqu'à l'avant-bras. Si l'on suspend l'irrigation, ces effets disparaissent rapidement, mais les tissus restent influencés pendant un certain temps, de telle façon que si, quelques secondes après la disparition des effets ischémiques, on dirige de nouveau le jet d'éther, non-seulement sur la partie primitivement anesthésiée, mais tout autour d'elle, on produit la plaque anémique sans qu'il y ait besoin de pratiquer une nouvelle incision.

M. Cardenal a reproduit dans le laboratoire de M. Vulpian les expériences de M. Letamendi sur deux individus et a obtenu les mêmes effets que ce médecin. Il faut avoir soin d'employer de l'éther sulfurique très-pur, et de raser les parties que l'on veut rendre insensibles, car l'ischémie anesthétique ne se produit pas sur les parties velues. (*Archives de physiologie*, avril 1875.)

Sur le traitement de la tuberculose. — Le docteur Steinbrück a mis à profit l'azote qui s'échappe d'une des sources minérales de la ville de Halle. Sur 100 volumes d'air, il est arrivé à en recueillir 98,8 en volume. Le gaz était débarrassé de son acide carbonique, en passant à travers une solution de potasse. Les expériences du docteur Steinbrück ont porté sur plus de cent malades. Il laisse le gaz arriver dans un cabinet en verre d'une capacité égale à 150 pieds cubes. Le volume d'azote, qui passe au travers de ce cabinet dans l'espace de deux heures, peut être évalué de 30 à 40 pieds cubes.

Voici, d'après le docteur Steinbrüch, comment agissent les inhalations d'azote. Le malade, privé d'oxygène, est contraint de faire de profondes inspirations. Les mucosités irritantes qui adhèrent à la surface de la muqueuse bronchique sont bientôt expulsées par la toux, qui en est la conséquence. Il en résulte que l'air arrive dans un grand nombre d'alvéoles, où il ne pouvait pénétrer auparavant. Le champ respiratoire se trouve donc considérablement augmenté. Ce nouvel état de choses a pour conséquence de diminuer le nombre des pulsations de 10 à 12, d'amoindrir le besoin de respirer, de calmer l'irritation du système nerveux, enfin de diminuer les sueurs, l'exhalation cutanée, et l'excrétion d'urée et d'acide urique.

L'appétit s'accroît; les forces, la capacité pulmonaire et le poids du corps augmentent dans des proportions notables. L'auteur prétend que les inhalations d'azote agissent en augmentant la crase sanguine veineuse, qui est directement contraire au développement de la tuberculose, ainsi que l'on peut s'en convaincre dans le goître, les maladies du cœur et chez les femmes enceintes. (*Revue médico-chirurg. allemande*, octobre et novembre 1875, p. 782.)

Etude comparative des diverses méthodes de l'exérèse. — Le docteur Monod, après avoir défini le mot *exérèse*, qui n'est plus d'usage courant dans le langage chirurgical actuel, en restreint avec raison le sens, qui était autrefois beaucoup plus étendu, et se borne à étudier sous le nom de *méthodes d'exérèse* les méthodes opératoires qui ont pour but l'ablation dans la continuité des tissus.

La méthode sanglante occupe peu de place en apparence dans ce travail, non qu'elle paraisse à l'auteur moins importante que les autres; bien au contraire, elle reste pour lui la méthode générale, les méthodes non sanglantes n'étant que des méthodes d'exception. Le domaine de celles-ci s'étend cependant de jour en jour, et il importe au chirurgien de connaître la valeur respective de chacune d'elles. L'auteur les passe en revue tour à tour: — ligature en masse, ligature élastique, écrasement linéaire, ligature extemporanée, — cautérisation actuelle et potentielle, cautérisation galvanique, — les mettant en parallèle aux différents points de vue du mode d'application, des effets qu'on en obtient, et des principales indications auxquelles elles peuvent satisfaire.

Dans un dernier chapitre, l'auteur résume les données qui résultent de cette étude analytique, et indique les considérations, soit générales (conditions de milieu, état de l'opéré), soit locales (nature et siége du mal, qualités propres à chaque méthode) qui doivent guider le chirurgien dans le choix d'une méthode opératoire.

Une introduction historique dans laquelle l'auteur fait voir à quelle époque et sous quelle influence les diverses méthodes d'exérèse ont fait leur apparition, et un index bibliographique complètent ce travail. (*Thèse d'agrégation*, 1875.)

Des modifications de la pupille produites par les agents thérapeutiques. — Le docteur Fernand Leblanc passe en revue les médicaments qui agissent sur la pupille; il montre que dans certains cas ces modifications peuvent guider le médecin dans l'administration de certains médicaments: la morphine, comme le montre le docteur Vibert; le chloroforme, comme l'ont signalé MM. Coyne et Budin. M. Leblanc classe ainsi les médicaments qui ont une action sur la pupille:

Les uns modifient la pupille, pour ainsi parler, *directement*, par une action spéciale et caractérisée sur l'iris ou, au moins, sur les extrémités des nerfs qui l'animent; ainsi la plupart des solanées, ainsi la fève d'épreuve du Calabar.

D'autres ne l'atteignent que *secondairement* et par l'entremise de phénomènes variés; tels sont les reconstituants, les vomitifs, les altérants dyscrasiques; tels encore les vermifuges. Ces substances, dont l'effet sur la pupille se résume en un retentissement indirect, agissent tantôt en éloignant les causes qui maintiennent l'iris dans un état pathologique, le plus souvent de dilatation anormale, tantôt en produisant un état général susceptible de s'accompagner physiologiquement, quelle que soit son origine, de mydriase ou de myosis. Or, les pupilles sont influencées dans le sens de l'élargissement par les états de dépression, d'anémie et d'anervie, de nausées et de vomissements, d'irritation gastrique et intestinale, d'asphyxie, de syncope, de spasme, de convulsion, etc. Elles se rétrécissent, au contraire, dans les cas de stimulation sthénique, de sommeil non comateux, d'hypérémie encéphalique, etc.

Enfin, d'autres médicaments agissent sur l'ensemble du système nerveux, soit central, soit du grand sympathique; c'est là un troisième et dernier mécanisme auquel obéissent les fibres musculaires de l'iris; leurs modifications correspondent alors à peu près exactement à celles de la circulation. (*Thèse de Paris*, 27 décembre 1875.)

Sur une nouvelle forme de cirrhose hypertrophique du foie. — Le docteur Hanot décrit une nouvelle forme de cirrhose qu'il a pu observer à l'hôpital Cochin dans le service du docteur Bucquoy; voici le résumé de son important travail :

Parmi les différentes lésions du foie qui ont été englobées sous la dénomination de cirrhose hypertrophique, il en est une qui est vraiment spéciale, et qui se compose des éléments suivants : sclérose extra-lobulaire très-accusée et sans tendance à la rétraction du tissu conjonctif de nouvelle formation ; souvent aussi sclérose intra-lobulaire ; — développement anormal et catarrhe chronique des canalicules biliaires.

L'expression clinique n'est pas moins caractéristique : c'est une affection qui s'accuse surtout par un ictère chronique dû à l'oblitération des canalicules biliaires et par une hypertrophie considérable du foie, sans l'ascite ni le développement anormal des veines sous-cutanées abdominales, qu'on observe dans la cirrhose classique.

Le plus souvent cette affection a une marche lente, et elle peut durer plusieurs années sans altérer profondément la nutrition ; le plus souvent aussi elle se termine par le syndrôme désigné sous le nom *d'ictère grave.*

Par toutes ces particularités, elle paraît mériter une place à part dans le cadre nosologique. On pourrait lui donner le nom de sclérose hypertrophique du foie avec ictère chronique.

Dans la majorité des cas, l'étiologie ne présente rien de spécial ; mais quelquefois la sclérose a paru être subordonnée aux altérations des canalicules biliaires, soit primitives, soit consécutives à la lithiase biliaire. Si ce fait était définitivement établi, il conviendrait de placer en face de la cirrhose atrophique qui se développe autour des radicules de la veine-porte, une cirrhose hypertrophique avec ictère ayant ses points de départ autour des canalicules biliaires.

Quant aux indications thérapeutiques, elles sont encore bien incertaines ; cependant M. Hanot paraît avoir tiré quelques avantages de l'emploi des cautères à la pâte de Vienne appliqués à la région hépatique. (*Thèse de Paris*, 27 décembre 1875, n° 466.)

Bons effets de la salicine dans le traitement du rhumatisme aigu. — Le docteur Maclagan a employé la salicine dans huit cas de rhumatisme aigu. Il a donc encore trop peu d'expérience de ce médicament pour pouvoir établir d'une manière dogmatique toute l'étendue de son utilité ; il se borne à formuler les conclusions suivantes :

1° Nous avons un remède précieux dans la salicine pour le traitement du rhumatisme aigu ;

2° Plus le cas est aigu, plus les bons effets sont marqués ;

3° Dans les cas aigus, son action bienfaisante est généralement sensible dans les vingt-quatre, toujours dans les quarante-huit heures de son administration à dose suffisante ;

4° Donné ainsi au commencement de l'attaque, il semble quelquefois arrêter le cours de la maladie, aussi efficacement que le quinine guérit la fièvre intermittente, et l'ipécacuanha la dysenterie ;

5° Le soulagement de la douleur est toujours un des premiers effets produits ;

6° Dans les cas aigus, le soulagement de la douleur et la chute de la température surviennent en général simultanément ;

7° Dans les cas subaigus, la douleur est quelquefois évidemment apaisée avant que la température commence à baisser ; c'est surtout le cas lorsque, comme on l'observe fréquemment chez les personnes de tempérament nerveux, la douleur est proportionnellement plus grande que l'élévation anormale de la température ;

8° Dans le rhumatisme chronique la salicine réussit quelquefois où d'autres remèdes échouent ; mais elle échoue quelquefois aussi où d'autres réussissent.

La dose de salicine est de 10 à 30 grains (60 centigrammes à 1g,80, toutes les deux, trois ou quatre heures, selon la gravité du cas); 15 grains toutes les trois heures est une dose moyenne pour un cas aigu. Il est très-possible que moins puisse suffire, car je n'ai pas essayé de trouver la dose minimum. Il est

très-certain qu'une dose plus élevée peut être donnée sans produire de malaise.

La salicine n'est pas soluble autant qu'elle serait utile ; elle est mieux administrée en poudre mélangée avec un peu d'eau froide. C'est un amer très-agréable. Je n'ai jamais trouvé le moindre inconvénient à la suite de son emploi.

Lorsque l'acide salicylique (préparé dans l'origine à l'aide de la salicine) fut introduit en thérapeutique, je me déterminai à l'essayer ; et dans le seul cas dans lequel j'eus recours à lui, il sembla bien faire sur le rhumatisme ; mais il causa une irritation tellement grande de la gorge et de l'estomac, que je n'en répétai pas l'emploi. C'était dû, sans doute, à ce qu'il était impur ; car Traube l'a essayé dernièrement dans ses salles à Berlin, et il en a fait un rapport des plus favorables sur son action dans la fièvre rhumatismale.

Je ne doute pas de l'exactitude des observations de Traube, et que l'acide salicylique ne soit trouvé efficace dans le traitement du rhumatisme aigu ; mais je doute qu'il soit aussi bon que la salicine pour cet usage ; car il est plus apte à contenir des impuretés nuisibles, il n'est pas aussi agréable à prendre et il paraît exiger une dose plus élevée pour produire son action utile. (*The Lancet*, 1876, p. 343 et 383.)

Nous publions plus haut le travail de Stricker auquel il est fait allusion dans cette note qui vient compléter ce que nous savons sur l'emploi de l'acide salicylique dans le traitement du rhumatisme.

Du traitement du pannus invétéré par l'inoculation blennorrhéique et par la tonsure conjonctivale.—M. Hilaire Bumg montre dans son travail le parti que l'on peut tirer de l'inoculation du pus blennorrhéique pour le traitement du pannus, il s'appuie surtout sur le très-important et très-remarquable travail publié par M. le docteur Brière (du Havre), dans le *Bulletin de thérapeutique* (voir le tome LXXXV, p. 207). Voici d'ailleurs les conclusions de ce travail :

Un pannus étant donné, il faut :

1° Éloigner les causes locales ou générales qui l'entretiennent;

2° Si le pannus est charnu, épais, ancien, recourir de suite à l'inoculation ou à la syndectomie suivant le cas;

3° Dans les cas de pannus pouvant être traités indifféremment par l'une ou l'autre méthode, il y a avantage à donner la préférence à l'inoculation, dont le résultat se fait moins longtemps attendre. (*Thèse de Paris*, 19 novembre 1875, n. 404.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Luxation de la mâchoire inférieure réduite au bout de trente-trois jours. (Georges May, *British Med. Journ.*, 4 mars 1876, p. 285.)

Traitement de l'éclampsie puerpérale par le régime non azoté. (T. Churton, *Brit. Med. Journ.*, 23 mai 1874 et 4 mars 1876, p. 285.)

De l'aquapuncture dans le traitement des névralgies. (*Lancet*, 4 mars 1876, p. 244.)

Traitement du coup de soleil par les injections sous-cutanées de quinine. (A.-R. Hall, *The Practitioner*, mars 1876, p. 196. — Voir aussi un autre travail sur le *coup de soleil*, de M. Fayrer, même numéro, p. 178).

Traitement du rhumatisme hyperpyrétique par les bains. (A.-T.-H. Waters, Clinical lecture on some cases of acute rhumatism with hyperpyrexia, *British Med. Journal*, 11 mars 1876, p. 309.)

Calculeux opérés dans la clinique chirurgico opérative dirigée par le professeur L. Bruno, pendant l'année scolaire 1874-75. (Dr Novaro, *L'Osservatore*, mars 1876, p. 136 et 140.)

Huile et teinture de maïs gâté employées avec succès comme topiques dans le traitement du pityriasis, de l'eczéma, du chloasma. (Dr Rossi, *Giornale Italiano delle malattie veneree e della pella*, février 1876, p. 51.) — comme *médicament* dans le traitement de l'acné, dû pityriasis et de l'eczéma. (Dr Lombroso, même recueil, p. 52, et dr Lesi, 53.)

Action du sulfate de quinine sur l'utérus et sur la température. Examen critique et observations. (Pericle Sacchi, *Rivista Clinica di Bologna*, 1875, p. 269).

VARIÉTÉS

Association des médecins du département de la Seine. — L'Assemblée générale annuelle a eu lieu le dimanche 16 janvier, sous la présidence de M. Barth.

M. Orfila, secrétaire général, a présenté le compte rendu, sous une forme claire, rapide, animée. Dans une des dernières séances de la commission générale, M. Dujardin-Beaumetz avait émis le vœu qu'une commission fût nommée à l'effet d'étudier les modifications qui pourraient être apportées au règlement pour assurer la participation du plus grand nombre des sociétaires aux travaux de la commission générale. Le vœu a été en partie réalisé : les commissaires sont nommés ; les études seront prochainement entreprises.

M. Orfila a fait connaître aussi que la bourse d'élève interne au lycée Saint-Louis, fondée par le docteur Moulin au profit d'un fils de médecin, serait attribuée au jeune Charles Rabouin, et qu'une demande de bourse entière serait adressée au ministre de l'instruction publique en faveur du jeune Charles Pinguet, fils aussi d'un confrère très-méritant.

Le compte rendu de la gestion financière établit le bilan suivant :

Dépenses et emploi.

Secours à six sociétaires et à trente-sept veuves ou enfants de sociétaires, 27 700 francs ; secours à vingt-cinq personnes étrangères à l'Association, 2 625 francs ; recouvrement des cotisations, 500 francs ; frais d'impression, 669 fr. 35 ; ports des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses, 417 fr. 40 ; dépenses pour divers legs, 6 069 fr. 20 ; achat de rentes, 4 986 fr. 35. — Total, 42 667 fr. 30.

Balance.

Recettes	43 331 fr. 55
Dépenses	42 967 fr. 30
Reste	364 fr. 25

Le 1er janvier 1876, le capital de l'Association est de 22 075 francs de rentes 3 pour 100 et de 2 895 francs de rentes 5 pour 100.

Nécrologie. — Le docteur Parmentier, ancien interne des hôpitaux, vient de succomber à Paris. — Le docteur Vleminckx, un des médecins les plus éminents de la Belgique, vient de mourir à Ixelles, à l'âge de soixante-seize ans ; il était inspecteur du service de santé des armées, président de l'Académie royale de médecine, etc., etc. — Le docteur James Simpson à Édimbourg. — Le professeur Parkes, à l'École de médecine navale de Netley. — Le professeur Steiner, à Prague. — Le docteur Hubbord, directeur du *New-Hampshire Journal of Medecine.*

L'administrateur gérant : DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Des bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral (1);

Par M. le professeur Béhier.

Messieurs,

Je voudrais aujourd'hui vous parler d'un malade qui offre, quant au diagnostic et quant au traitement de l'affection dont il est atteint, des renseignements importants, et qui soulève des questions assez sérieuses qu'il est très-utile d'étudier. Il s'agit d'un homme actuellement couché au nº 18 de la salle Sainte-Jeanne et dont voici l'histoire :

Vidal (François), trente-trois ans, employé aux Halles, entré à l'Hôtel-Dieu le 26 février 1876. Jusqu'à ces derniers temps, il a joui d'une santé excellente, il n'est jamais entré à l'hôpital et n'a même, dit-il, jamais consulté de médecins. Dans sa famille, tout le monde se porte bien et personne n'a jamais souffert de rhumatisme.

Le 23 février 1876, sans cause appréciable, il fut pris d'un malaise général, il perdit l'appétit, éprouva de violents maux de tête et un sentiment de brisement dans les membres. Ces divers symptômes l'obligèrent à suspendre son travail.

Le 24 au matin, il lui fut impossible de se lever, à cause de vives douleurs siégeant dans les articulations du côté droit, genou, hanche, épaule. Le soir, l'articulation du genou gauche devint également douloureuse.

Le malaise général et les douleurs articulaires augmentant, le malade se décida à entrer à l'hôpital et fut admis à l'Hôtel-Dieu le 26 février.

26 *février*. Le malade est un homme fort, bien musclé ; la face est rouge ; la peau est chaude et sèche.

Les articulations de l'épaule, du coude, du poignet, du genou du côté droit et celle du genou du côté gauche, sont douloureuses, tuméfiées. On reconnaît dans les articulations du genou l'existence manifeste d'un épanchement intra-articulaire. Les douleurs spontanées sont assez vives, mais les douleurs provoquées par la palpation ou par les tentatives faites pour imprimer des mouve-

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu le 20 mars 1876, recueillie par M. Marseille.

ments aux membres le sont bien davantage. Au niveau des articulations malades, la peau présente une teinte légèrement rosée.

La céphalalgie est intense, l'agitation assez marquée. Les réponses sont faites avec animation et volubilité. L'insomnie est complète depuis le début de la maladie.

En faisant soulever la main gauche du malade, on constate l'existence d'un tremblement manifeste, qui paraît devoir être rapporté à l'alcoolisme. Le malade avoue du reste très-franchement ses habitudes alcooliques, prétendant qu'elles sont une nécessité de son état.

La langue est blanche, l'appétit nul. La constipation date du début de la maladie.

Le pouls est fort, régulier, fréquent. L'auscultation du cœur, pratiquée avec soin, ne révèle l'existence d'aucun bruit anormal.

Rien dans les poumons.

L'urine est peu abondante, foncée en couleur, ne contient ni sucre ni albumine.

Soir. — T. 39 degrés, p. 90.

27 *février.* — L'articulation du poignet droit se tuméfie et devient douloureuse; le premier bruit du cœur paraît moins net, mais n'a pas un timbre soufflant.

Le soir, le malade est agité, mais ne présente pas de délire; matin, p. 120; t. 39°,9; soir, p. 124, t. 40°,4.

28 *février.* — Matin, p. 104, t. 39°,5; soir, p. 100, t. 39°,3.

1er *mars.* — On constate l'existence d'un bruit de souffle au premier temps et à la pointe du cœur.

Matin, p. 100, t. 39°,8; soir, p. 124, t. 40 degrés.

2 *mars.* — Même état : le malade ne dort pas.

Matin, p. 100, t. 39°,6; soir, p. 108, t. 40 degrés.

3 *mars.* — Le matin, le malade est couvert de sueur; la céphalalgie est vive. Il a eu, la nuit, un peu de subdélirium. L'agitation est considérable: le malade se plaint de n'avoir pas dormi un seul instant depuis le début de sa maladie.

Matin, p. 100, t. 40°,2.

En raison des douleurs articulaires, le chef de clinique, M. Delove, hésite à prescrire un bain au malade. Il recommande cependant à la religieuse de lui en donner un immédiatement si le malade était pris de délire.

Vers une heure de l'après-midi, le malade se met à délirer; il prononce à haute voix des paroles incohérentes et cherche à se lever. On lui donne un bain froid, selon la méthode de Brandt.

Le soir, on prescrit un nouveau bain froid (cinq heures).

Le malade est calmé, le délire cesse. Pour la première fois depuis le début de la maladie, il dort la nuit; le soir, p. 96, t. 38°,4 après deux bains froids.

4 *mars.* — Le malade est assez tranquille; la céphalalgie est moins vive.

Matin, p. 110, t. 39 degrés; soir, p. 100, t. 39°,5.

6 *mars.* — Deux bains froids.

Matin, p. 100, t. 39°,3. Après le premier bain, t. 37°,5 ; soir, p. 100, t. 39°,5. Après le second bain, 37°,6.

7 *mars*. — Deux bains froids dans la journée.

Matin, p. 90, t. 38°,6 ; soir, p. 110, t. 39°,4.

8 *mars* — Le malade tousse et crache un peu. On constate à l'auscultation quelques râles de bronchite. Un bain, le dernier qu'on prescrit au malade, est administré dans la journée.

Matin, p. 10?, t. 39 degrés; soir, p. 10?, t. 38°,5.

Depuis cette époque, les douleurs articulaires ont toujours été en décroissant. La fièvre diminue. l'appétit revient. Le malade reprend peu à peu l'usage de ses membres et tout fait espérer qu'il pourra quitter l'hôpital dans un temps prochain.

9 *mars*. — Matin, p. 78, t. 39 degrés; soir, p. 104, t. 39°,3.
10 *mars*. — Matin, p. 102, t. 38°,8; soir, p. 104, t. 39 degrés.
11 *mars*. — Matin, p. 95, t. 38°,5; soir, p. 100, t. 38°,8.
12 *mars*. — Matin, p. 80, t. 38°,2 ; soir, p. 80, t. 38°,4.
13 *mars*. — Matin, p. 86, t. 38°,7.
18 *mars*. — Matin, p. 80, t. 37 degrés.

Comme vous le voyez, le diagnostic est simple : il s'agit d'un rhumatisme articulaire aigu. Mais notez bien ce point : en vous faisant, ces années dernières, des leçons sur le rhumatisme, je vous disais que presque toujours les attaques débutaient localement et que les symptômes généraux ne venaient qu'ensuite. Notre malade, au contraire, a commencé par éprouver les phénomènes généraux, caractérisés d'abord par un mouvement fébrile, que les partisans de la fièvre rhumatismale ne manqueraient pas de faire remarquer, comme prouvant la généralisation première du mouvement pathologique qui ne se localise que plus tard sur les articulations.

Au dire de cet homme, sa maladie serait venue sans cause appréciable. Mais je ne saurais admettre un effet sans cause. C'est un ivrogne, il le confesse : il a eu, en même temps que sont apparus les symptômes généraux, du malaise, une perte de l'appétit, des phénomènes gastriques. Il est possible que quelques jours avant le début de sa maladie, le 22, par exemple, il se soit livré à des excès alcooliques à la suite desquels il se soit couché par terre, ou bien sans précaution dans une chambre dont il ait négligé de fermer la fenêtre, et qu'il se soit, dans ces conditions, endormi du sommeil de l'ivresse. Il n'en fallait pas davantage pour qu'il contractât un rhumatisme articulaire. Il est d'autant plus probable que les choses se sont passées de la sorte, que les phénomènes articulaires ont commencé tous du même côté, le côté droit, qui a peut-être été le côté exposé au froid.

Quoi qu'il en soit, nous avons affaire chez lui à un cas de rhumatisme non douteux, dans lequel les phénomènes locaux, douleurs spontanées et provoquées par le mouvement, gonflement et rougeur des articulations, épanchement de synovie, se sont montrés seulement le deuxième jour de la maladie.

Je vous ferai également remarquer ce fait que le jour de l'entrée de cet homme à l'hôpital, il n'existait au cœur aucun bruit anormal, mais qu'on observait déjà deux groupes de phénomènes qui méritaient d'appeler l'attention. C'était, en premier lieu, l'état de la température, qui était de 39 degrés dans l'aisselle. Cette élévation relative de la chaleur devait faire croire à la possibilité de complications. On pensa d'abord aux lésions cardiaques, qui, vous le savez, sont de beaucoup les plus habituelles en pareil cas ; mais l'auscultation du cœur ne permettait encore de rien constater.

Un autre point sur lequel je désire appeler votre attention, c'est l'existence d'un groupe de phénomènes nerveux : céphalalgie, insomnie, agitation très-vive. Ceux-ci étaient-ils simplement le fait de l'alcoolisme ou bien présageaient-ils l'imminence de la complication cardiaque ? Cette dernière supposition est peu probable, car généralement les accidents qui se développent du côté du cœur, dans le cours du rhumatisme, apparaissent d'une façon très-insidieuse, sans douleur, sans dyspnée et sans grands symptômes appréciables. C'est à peine s'ils s'accompagnent d'un léger redoublement fébrile, et si l'on n'a pas soin de pratiquer l'auscultation, ils passent inaperçus tant pour l'endocardite que pour la péricardite. Quoi qu'il en fût, il y avait là deux groupes de phénomènes qui devaient à juste titre éveiller la préoccupation du médecin.

Le 27 février, troisième jour de la maladie, l'auscultation révélait en effet l'existence d'une endocardite. On constatait au cœur un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, souffle encore à l'état de vestige, mais dont l'existence réelle ne pouvait être méconnue. Le 1er mars, les signes d'une complication cardiaque étaient évidents : le souffle était devenu parfaitement distinct, s'entendant plus particulièrement à gauche, et se propageant dans l'aisselle du même côté, sans aucune espèce d'altération caractéristique du pouls, indiquant, en un mot, l'existence d'une endocardite mitrale avec un certain degré d'insuffisance valvulaire. C'est, en effet, ce qui a ordinairement lieu dans le rhumatisme.

En même temps le pouls montait à 100 le matin, il battait 124 pulsations le soir. De son côté, la température s'élevait de 39°,8 à 40 degrés.

C'est une chose insolite que cette élévation du pouls et de la température. Ordinairement la complication cardiaque ne s'accompagne pas de symptômes aussi graves : elle est au contraire beaucoup plus bénigne et chemine bien plus insidieusement, sans provoquer d'éclat de ce genre.

Au contraire, dans les complications cérébrales, la température atteint chez les rhumatisants des chiffres très-élevés. Ainsi, nous avons observé avec M. Liouville, à l'Hôtel-Dieu, des notations de 44°,2 (dans le rectum), et nous avions soin de contrôler ces faits avec toute la rigueur scientifique.

Pendant que ces phénomènes se développaient, les symptômes nerveux eux-mêmes augmentaient d'intensité : l'insomnie, l'agitation devenaient extrêmes, en même temps qu'un signe particulier qui ne permettait plus de mettre en doute l'existence d'une complication cérébrale, le subdélirium, venait se joindre, le 3 mars au matin, à ce premier ordre de symptômes. A ce moment de la journée, le pouls était à 108, la température à 40°,2.

La complication cérébrale du rhumatisme articulaire a subi, dans l'appréciation à laquelle les auteurs se sont livrés à son sujet, des phases très-diverses. On a commencé par dire que le rhumatisme cérébral ne s'accompagnait d'aucune lésion du cerveau, et que ce n'était, par conséquent, que le déplacement de l'agent rhumatismal qui se portait sur les méninges.

La deuxième phase est un peu plus importante, grâce aux travaux de MM. Ollivier et Ranvier. Ces observateurs disent (1866) que « les altérations que subissent les méninges dans l'encéphalopathie rhumatismale paraissent être de même nature que celles des articulations. »

Plus tard, de nouvelles études poussées plus loin et entreprises au laboratoire de l'Hôtel-Dieu (1872) ont montré, à l'aide de l'examen histologique des centres nerveux, que l'on avait affaire, dans ces cas de complication cérébrale, à quelque chose de saisissable, et qu'on trouvait, quand on savait chercher, tous les signes d'une inflammation méningo-encéphalique : nous avons, en effet, constaté sur des préparations de M. Liouville, qui ont été présentées en 1872 à la Société anatomique, et ont fait l'objet des démonstrations du laboratoire, une augmentation du

nombre des vaisseaux, dont quelques-uns ont subi une dilatation très-considérable; des granulations graisseuses existant le long des parois, surtout sur les très-fins capillaires; du sang exsudé en masses dans le tissu connectif et la névroglie des couches superficielles de l'encéphale; une prolifération de noyaux indiquant une inflammation véritable dont on n'a pas toujours pu apprécier, il est vrai, les caractères macroscopiques (fausses membranes et suppuration), parce qu'elle tue ordinairement avant d'avoir produit ces gros désordres saisissables à l'œil. Nous observions en 1874, également avec M. Liouville, deux faits de ce genre. L'année dernière encore un exemple nous était fourni par un individu qui succomba à une mort rapide et brusque avec délire violent, et à l'autopsie duquel nous avons trouvé dans les parties superficielles de l'encéphale toutes les lésions que je viens de vous énumérer.

De bonnes préparations faites par M. Chambard, un des aides du laboratoire, nous ont permis à nouveau de les constater *de visu*. Il y a plus, c'est que, dans ces phénomènes cérébraux, il est hors de doute qu'il y a des variétés qui permettent de reconnaître que la complication a des siéges différents. C'est ainsi que les deux femmes que nous avons observées en 1874 dans notre service, et qui succombèrent à des accidents cérébraux survenus dans le cours du rhumatisme, ne présentèrent pas des symptômes identiques. Chez l'une, qui avait été en proie à un délire très-vif, nous trouvâmes une altération des parties les plus superficielles des circonvolutions cérébrales, tandis que chez l'autre, qui avait eu pendant sa maladie une série d'attaques convulsives, presque épileptiformes, les lésions siégeaient au niveau de la protubérance et du bulbe.

Notre malade, après avoir eu du subdélirium, est tombé dans un état analogue, de tous points, à celui des femmes dont je viens de vous parler. Il présenta une agitation extrêmement vive, et vers une heure de l'après-midi, le 3 mars, il commença à délirer d'une façon absolue, prononçant des paroles incohérentes, cherchant à se lever de son lit, en un mot, ne laissant plus par son état le moindre doute sur l'existence de phénomènes cérébraux, dus à un commencement d'altération de l'encéphale, sous l'influence du rhumatisme. Il se passait dans les méninges, ce qui se passe dans les séreuses endocardique, péricardique et même pleurale.

Telle était, selon moi, la cause des accidents cérébraux : cependant il faut prévoir une objection. Il est en effet des gens, détracteurs-nés de toutes les choses qu'ils n'ont pas inventées, qui ne manqueront pas de dire à propos du moyen de traitement auquel notre malade a été soumis, qu'il n'y avait là aucune espèce de rhumatisme cérébral et qu'il s'agissait tout simplement d'un délire alcoolique. Je ne crois pas qu'il en fût ainsi. Une élévation de température aussi brusque que celle que nous avons observée chez cet homme, n'appartient guère à l'alcoolisme, et de plus ce n'est pas ainsi que commence le délire des buveurs, qui débute au contraire par un grand éclat. Je concède cependant que le cas de rhumatisme cérébral n'est pas parfaitement clair, parfaitement net, et qu'il est bon d'apporter une certaine réserve dans l'appréciation des symptômes. Je l'ai pris, néanmoins, parce que ma conviction est profonde et que, au point de vue de la thérapeutique, il nous offre un enseignement véritable.

En effet, en présence de ces faits on crut devoir employer un moyen de traitement nouveau, dû à Brandt, de Stettin, à savoir : l'application de bains froids. Notre malade a été soumis à leur usage deux fois par jour, et le soir même du jour où l'on inaugura cette thérapeutique, après le second bain, le délire avait cessé, le malade était absolument calme et avait pu dormir. Le lendemain, après l'administration d'un nouveau bain froid, le pouls et la température baissaient d'une manière remarquable. Enfin, neuf jours après le début du traitement, la température n'était plus, le soir, que de 38°,5, les phénomènes nerveux avaient complétement disparu. Depuis cette époque, le thermomètre, qui oscillait entre 38 et 39 degrés, a successivement baissé et ne marque plus que 37 degrés le matin et 38 degrés le soir.

Vous voyez donc que l'effet a été évident, qu'après le deuxième bain il existait déjà une amélioration très-notable et qu'enfin après le neuvième on pouvait considérer le malade comme guéri.

Ainsi que je vous l'ai déjà dit, les bains froids ont été employés pour la première fois par Brandt, mais dans une tout autre maladie que le rhumatisme, dans la fièvre typhoïde. Les malades étaient plongés pendant un quart d'heure dans un bain d'eau à 20 degrés. Au bout de ce temps, on les en retirait pour les y plonger de nouveau dès que la température recommençait à s'élever. Des malades subissaient ainsi ce mode de traitement

huit, dix fois dans les vingt-quatre heures, et, au dire de Brandt, aucun ne succomba.

L'usage des bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde fut introduit en France par M. Glénard, de Lyon, qui l'emprunta aux Allemands, durant les longs mois de captivité qu'il passa à Stettin. Dès que j'en eus connaissance, je m'empressai de l'expérimenter et je dois dire que je lui dois des succès très-réels et complets. Depuis, Laure, Glénard, et avec eux toute l'école de Lyon, y ont eu recours, et de plus de nombreux travaux furent faits sur ce sujet, travaux que M. Galtier, de Nîmes, a résumés dans la thèse inaugurale qu'il a soutenue récemment à Montpellier.

Il en fut de même en Allemagne, où les bains froids furent préconisés par la plupart des médecins, parmi lesquels Liebermeister et Wunderlich fils.

Enfin, j'ai pour ma part, par devers moi, neuf cas entièrement favorables à ce mode de traitement.

On m'a reproché d'avoir copié servilement la méthode de Brandt; mais, je vous le demande, comment voulait-on que je la jugeasse, sinon en l'appliquant servilement? On m'a objecté encore qu'il était cruel de plonger des malades aussi souffrants dans un bain froid ; mais si nous nous arrêtions à ces considérations sentimentales, comment pourrions-nous faire de la médecine ou de la chirurgie? Oui, les premiers bains sont désagréables au malade ; mais les autres, il les réclame lui-même. Nous avons eu, à la salle Sainte-Jeanne, une femme atteinte de fièvre typhoïde, qui, au moment d'entrer dans le bain, poussait de véritables hurlements, mais qui plus tard, en présence de l'amélioration qu'elle éprouvait, nous les demandait elle-même avec instance.

Par conséquent, je crois que la question des bains froids est jugée en ce qui concerne les formes graves de la fièvre typhoïde. Le *consensus omnium* est que c'est une excellente méthode. Il est certain que les résultats cités par Brandt ne sont pas très-exacts et que l'on perd quelques malades, mais de tous les moyens employés il n'en est pas moins vrai que c'est de beaucoup le meilleur.

D'ailleurs, je ne partage pas les idées de Brandt d'une façon aussi absolue que l'on a bien voulu le dire, car la température des bains que je prescris maintenant, n'est jamais inférieure à 23 degrés. Déjà il m'était arrivé, en 1854, alors que j'étais à la Salpêtrière, d'appliquer, dans une épidémie de fièvre typhoïde,

des bains tièdes, qui me donnèrent d'excellents résultats. Mais je croyais produire simplement un apaisement du système nerveux, tandis que c'était évidemment à l'abaissement de la température qu'il fallait rattacher les résultats avantageux obtenus.

L'emploi des bains froids, dans la fièvre typhoïde, ne doit pas être fait d'une façon aveugle ; il est des contre-indications que l'on a citées, et les principales sont les hémorrhagies intestinales. Suivant Wunderlich fils, Liebermeister et beaucoup d'autres, la principale et la plus fréquente serait l'hémorrhagie intestinale. Suivant ces divers auteurs, le bain froid prédisposerait à cet accident et le produirait même avec assez de facilité, et en ce sens il serait nuisible. Wunderlich et plusieurs autres auteurs s'accordent à dire que si les hémorrhagies sont alors plus fréquentes, elles ont généralement une issue moins funeste. Quant aux formes thoraciques, elles ne contre-indiquent nullement l'emploi du bain froid. J'ai observé, au contraire, des formes de ce genre que le bain froid a modifiées très-rapidement.

Je tenais à vous faire cette digression, pour vous donner une idée de l'efficacité des bains froids dans la fièvre typhoïde : je reviens à mon sujet.

C'est M. Maurice Raynaud (1875) qui le premier employa les bains froids dans le traitement du rhumatisme cérébral. Après lui, MM. Féréol, Blachez et d'autres médecins les ont appliqués avec succès, et tout récemment M. Colrat a rapporté (*Lyon médical*, 26 septembre 1875, p. 121) un exemple de guérison qui ne peut laisser aucun doute. Pour mon compte, je n'ai en ma possession qu'un seul fait de traitement des accidents cérébraux dans le rhumatisme par les bains froids. Il est même incomplet. Il s'agit d'un malade chez lequel j'avais été appelé en consultation pour des phénomènes cardiaques et des symptômes cérébraux graves, dans le cours d'un rhumatisme articulaire. Je prescrivis l'eau froide. Toutes les trois heures, le malade fut plongé dans un bain et le délire disparut. Mais la femme de cet individu, le croyant guéri, refusa de continuer le traitement sous prétexte que les bains salissaient son appartement. Aussi, au bout de trente à trente-deux heures, quand je fus rappelé auprès du malade, le délire avait reparu plus intense que jamais, suivi d'un demi-coma. Je conseillai de nouveau de revenir aux bains froids, mais je ne sais ce qui en résulta, n'ayant pas eu occasion de revoir mon client.

Le cas qui fait l'objet de cette leçon rentre dans la même caté-

gorie que les précédents. Il impose, il est vrai, certaines réserves à propos de l'alcoolisme du malade, mais il prouve que la conduite tenue a été excellente, il établit clairement qu'un individu atteint de délire dans le cours d'un rhumatisme aigu peut être plongé, et tout au moins sans danger, même avec avantage, dans des bains froids. Si donc, au point de vue scientifique, cette observation laisse à désirer, elle est probante au point de vue de la thérapeutique.

Si on n'avait agi vigoureusement, si on s'était contenté, en pensant que l'on avait affaire à un alcoolique, de prescrire l'opium, la belladone, la digitale, cet homme était certainement perdu, et je suis convaincu que c'est l'eau froide qui l'a sauvé.

M. Raynaud a été plus loin encore : il a pensé que l'on pouvait vraisemblablement appliquer au rhumatisme sans complications cérébrales le traitement par l'eau froide. Je ne suis pas éloigné de partager son opinion, mais les données nous manquent pour en juger suffisamment la valeur. Je pourrais cependant vous citer le cas d'un jeune homme atteint de rhumatisme articulaire, localisé dans le genou, chez lequel j'ai obtenu la guérison au moyen d'une application de glace sur l'articulation.

Vous savez que, pour juger de la valeur d'un moyen dans le traitement du rhumatisme, il est deux données dont il faut tenir compte, à savoir : la durée de la maladie et la plus ou moins grande fréquence des phénomènes cardiaques. Ici les symptômes cardiaques étaient nés avant l'application du froid. Ce qu'on peut dire, c'est qu'ils n'ont pas augmenté d'intensité à la suite de ce traitement : le bruit de souffle, que nous constations chez notre malade, existe toujours au premier temps et à la pointe, s'accompagnant d'un léger frémissement cataire. Peut-être le second bruit lui-même est-il un peu obscurci à la base, mais en somme il n'est résulté, par suite de l'application des bains froids, aucun phénomène plus grave du côté du cœur.

Quoi qu'il en soit, ce qui doit pour vous ressortir de ce fait, c'est qu'à partir de 39 degrés et une fraction, alors qu'il y a de l'agitation, de l'insomnie, de la céphalalgie, vous ne devez pas hésiter, dans le rhumatisme, à employer le moyen que je viens de vous indiquer. Vous le devez d'autant plus, que nous n'avons en thérapeutique aucun autre agent efficace, de quelque nature qu'il soit, pour combattre la méningo-encéphalite, le rhumatisme cérébral.

Certes, il faut de l'audace pour avoir recours à un semblable

moyen, et c'est précisément pour cela que je vous ai fait cette leçon, et que je n'hésite pas à vous couvrir de ma responsabilité, à me mettre en avant, à vous défendre au besoin. Si de pareilles circonstances s'offrent à vous, targuez-vous de ce qu'ont fait MM. Maurice Raynaud, Blachez, Féréol, Colrat, de ce que je viens de vous dire moi-même. Certainement il est regrettable que le cas que je viens de vous présenter ne soit pas parfaitement net, mais, tel qu'il est, il est déjà utile et témoigne qu'une élévation considérable de température dans le rhumatisme, alors qu'il existe des phénomènes nerveux, délire, coma, mouvements convulsifs, est une indication de l'emploi des bains froids.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du pansement antiseptique de Lister (1) ;

(REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE)

Par M. le Docteur L.-Henri PETIT.

Examinons maintenant les effets du pansement de Lister sur différentes opérations et sur certaines plaies accidentelles.

Nous avons dit précédemment que les complications ordinaires des plaies avaient considérablement diminué. Cette assertion est pleinement confirmée par les observations dont nous donnons plus loin l'analyse et par M. Lister lui-même, dans le discours remarquable qu'il a prononcé à l'ouverture de la session de la British Medical Association, à Edimbourg, le 4 août 1875 (2). Il cite les opinions du professeur Saxtorph (de Copenhague), du professeur Nussbaum (de Munich), du professeur Thiersch (de Leipzig), du professeur Volkmann (de Halle), des professeurs Bardeleben et Langenbeck (de Berlin), etc., qui sont tous devenus partisans de sa méthode de pansement, et dont les résultats opératoires se sont considérablement améliorés depuis, au point de vue des complications des plaies.

D'autre part, l'absence de suppuration des lambeaux après une amputation a fait disparaître cette difformité du moignon si dé-

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

(2) *The British Med. Journal*, 25 décembre 1875, p. 769.

favorable à l'application des appareils prothétiques : la conicité. « Un moignon qui s'est cicatrisé par première intention, dit le professeur Volkmann, est exempt de tous les défauts inhérents à celui qui ne s'est fermé qu'après une cicatrisation prolongée par granulation. Le premier est parfaitement arrondi, l'os est bien recouvert de parties molles, n'est pas épaissi par un calus, ni, comme c'est si souvent le cas dans le dernier genre de moignon, adhérent à la peau déprimée ou rétractée ; par suite, les douleurs névralgiques et l'excoriation de la cicatrice surviennent rarement (1).

La diminution des complications des plaies a été le point de départ de véritables hardiesses opératoires.

« M. Lister était, en effet, parmi les chirurgiens très-modérés. Je cite un exemple entre beaucoup : dans une contrée où la résection du genou est en grande faveur, M. Lister, tenant compte des longues suppurations nécessaires, des dangers, des fistules communément persistantes, ne la faisait pas volontiers, et, dans les cas graves, recourait à l'amputation dans les condyles du fémur. Aujourd'hui, il revient à la résection, qu'il a guérie en quinze jours sans suppuration (2). »

Ce chirurgien ne s'en est pas tenu là, car, « assuré que par sa méthode les lésions à ciel ouvert se comportaient comme des lésions sous-cutanées, il a d'abord enlevé sans accident et à ciel ouvert les corps étrangers articulaires. Puis, enhardi, il a considéré comme de peu de gravité l'ouverture des articulations. Aujourd'hui, pour une hydarthrose rebelle ayant résisté aux résolutifs communs, il ouvre largement l'articulation du genou, introduit ses doigts dans la cavité, la vide exactement et met un gros drain pour assurer l'écoulement les jours suivants. A plus forte raison ouvre-t-il, s'il suppose la présence de pus dans l'articulation. » (Lucas-Championnière, art. 10054, p. 402.)

M. Saxtorph n'a pas plus de respect pour les cavités articulaires. Outre qu'il fait les résections sur une large échelle, comme on l'a vu dans sa communication à la Société de chirurgie, il n'a pas craint, dans une de ses observations, d'*ouvrir l'articulation de la hanche pour éclairer un diagnostic douteux*, et, grâce

---

(1) Kronlein, *Archiv fur klinische Chirurgie*, Bd XIX, heft I, et *the British and Foreign Med.-chir. Review*, janvier 1876, p. 218.

(2) Lucas-Championnière, *Journal*, art. 10067, p. 403.

à la méthode de Lister, la maladie n'en a pas été plus mal pour cela.

Les plaies accidentelles des articulations, plus graves que les plaies opératoires, puisqu'elles s'accompagnent en général de lésions des os et des parties molles voisines, démontrent mieux encore, par les résultats obtenus lorsqu'on les a pansées antiseptiquement, la bénignité de l'ouverture des cavités articulaires.

Le docteur Cameron (de Glasgow) a publié récemment (1) trois observations remarquables à ce point de vue, et qui font le plus grand honneur à la méthode de Lister.

Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de vingt-deux ans sur qui passa un train en marche ; il eut le bras droit entièrement séparé du tronc, une large plaie au-dessous de l'œil gauche, mettant à nu l'os malaire, et une plaie de 2 pouces et demi de long, ouvrant largement l'articulation du genou gauche. Il avait le délire quand on l'apporta à l'hôpital. On le chloroforma, on régularisa l'arrachement du bras, que l'on transforma en désarticulation de l'épaule, mais avec des muscles contusionnés et des lambeaux cutanés insuffisants ; on réunit par deux points de suture la plaie du genou, et l'on pansa le tout, ainsi que la plaie de la joue, d'après le procédé classique, sauf qu'on ne mit pas de drain et qu'on appliqua des attelles à la partie postérieure de la jambe.

Malgré cinq jours de délire, pendant lesquels la température n'atteignit qu'une fois 39°,1, et que les attelles furent cassées quatre fois, la plaie de la joue *se réunit par première intention*, et celle du genou était cicatrisée environ au bout d'un mois, *sans avoir fourni une seule goutte de pus* ; quant à celle de l'épaule, *formée de parties contuses*, elle suppura abondamment ; des abcès se formèrent autour ; mais, néanmoins, quand le blessé quitta l'hôpital, quarante-quatre jours seulement après son entrée, elle était tout à fait superficielle.

La guérison du second a été des plus accidentées, ce qui est rare avec le pansement antiseptique, mais aussi ses blessures étaient d'une gravité exceptionnelle.

C'était un homme de vingt-quatre ans, qui fut atteint par de grosses pierres lancées par un fourneau de mine. Il eut une fracture comminutive de la tête du tibia communiquant avec l'articulation du genou, et, par une plaie de 1 pouce et demi, avec

(1) *Illustrations of Antiseptic Surgery, the Lancet*, 1876, p. 123 et 165.

l'air extérieur; une fracture transversale de l'extrémité supérieure du péroné, communiquant aussi avec l'extérieur; une fracture comminutive du fémur, dans la région du grand trochanter, mais sans plaie, le tout sur le même membre; et une plaie du cuir chevelu, au niveau du pariétal gauche, formant un lambeau renversé en dehors, laissant l'os à nu et dépouillé de son périoste.

Celle-ci, pansée antiseptiquement, se reunit par première intention.

Au genou, on agrandit la plaie, on enleva six ou sept esquilles détachées du tibia, on fit communiquer largement les deux fractures avec la plaie extérieure et avec l'articulation par une nouvelle incision, et on pansa le tout comme d'habitude. On mit une attelle plâtrée à la face postérieure du membre, et on ne fit rien de particulier pour la fracture du fémur. Il se forma successivement plusieurs petits abcès autour du genou et un à la partie inférieure de la jambe, contusionnée et fortement ecchymosée, mais il n'y eut jamais que très-peu de pus dans la plaie; un peu de fièvre au début et au moment de la formation des abcès.

Au cinquante-sixième jour survint une hémorrhagie partant d'un point situé au niveau de la tête du tibia, puis une autre quelques jours après.

Trois mois seulement après l'accident, l'énorme plaie s'était cicatrisée, et il restait encore une fistule partant de la fracture. Ce qui retarda la guérison, ce fut une eschare au talon, qui fit rester le malade trois autres mois au lit. A cette époque, six mois après l'accident, les fractures du péroné et du fémur étaient consolidées, mais non celle du tibia. On mit le membre dans un appareil inamovible allant des orteils au bassin.

M. Cameron insiste beaucoup sur un point de cette observation : l'emphysème qui s'était développé autour de la plaie du genou peu de temps après la blessure. Il ne considère pas cet accident comme un obstacle au succès du pansement antiseptique, et il cite à ce propos quatre cas d'emphysème primitif, qui ont bien guéri. Ce fait n'a rien qui soit ni pour ni contre la méthode, car si l'emphysème secondaire est d'un pronostic presque fatal, il n'en est pas de même de l'emphysème primitif, qui est infiniment moins grave.

Troisième cas. Une petite vieille femme, âgée de soixante-dix ans, faible, dont les doigts et les orteils étaient remplis des nodosités du rhumatisme chronique, tomba d'un escalier. Elle était

couverte de contusions et d'écorchures, et présentait en outre une fracture comminutive du péroné et une plaie de 4 pouces et demi ouvrant le genou et le foyer de la fracture. Stock traumatique très-grave.

Réunion de la plaie et pansement antiseptique ordinaire ; attelle postéro-latérale. La température ne dépassa jamais 38°,4; il n'y eut jamais de suppuration, mais le troisième jour la malade fut prise de coliques et de diarrhée, puis de vomissements le sixième jour ; le dixième jour, rapidement et presque soudainement, elle commença à s'affaisser, continua à vomir tout ce qu'elle prenait, perdit connaissance et mourut. A l'autopsie, on ne trouva pas trace d'inflammation dans le genou.

Ici le pansement de Lister a fait tout ce qu'il a pu : l'état de la plaie est resté satisfaisant. Malheureusement, l'âge avancé de la malade, son état de faiblesse, son épuisement par les rhumatismes antérieurs (peut-être faudrait-il ajouter le *carbolisme* dont parle Kronlein), expliquent suffisamment les accidents qui sont survenus et la mort qui en a été la terminaison.

Les conséquences heureuses de l'absence de la suppuration, qui est le propre du pansement de Lister, ne s'arrêtent pas aux amputations et aux plaies articulaires ; les sections accidentelles des muscles, traitées par cette méthode, permettent à ceux-ci de se cicatriser sans adhérences, soit à la peau, soit aux muscles voisins, et de reprendre leurs fonctions. Nous en avons trouvé un bel exemple, publié par le docteur John Tudor (1); mais nous devons dire que le pansement de Lister ne fut pas appliqué dans toute sa rigueur.

Un cultivateur de vingt-trois ans se fit au mollet, avec une faux, une plaie semi-lunaire de 10 à 11 pouces de long, divisant complétement les muscles soléaire, gastro-cnémien, et en partie le long fléchisseur du gros orteil. Les vaisseaux importants ne furent pas blessés ; on lia une petite artère et on en tordit une autre. Vu la rétraction des muscles, on en fit la suture, séparément, avec le catgut phéniqué. Les ligatures furent passées à 1 pouce des bords de la plaie, traversant tout le corps du muscle, puis fixées après avoir mis en contact les surfaces opposées. On coupa les fils au ras. La peau fut réunie par douze sutures d'argent, et la plaie fut recouverte d'huile, de charpie et d'étoupe

(1) *The Lancet*, 4 décembre 1875, p. 801.

phéniquées. Le membre fut placé et maintenu dans la flexion. Les suites furent très-satisfaisantes ; la plaie guérit en grande partie par première intention. Au bout de trois semaines, le malade était convalescent et pouvait marcher très-bien. Il sortit de l'hôpital un mois après la blessure.

Ce fait contredit l'opinion émise par M. Nankivell sur le catgut. « Peut-être, dit-il, le catgut préparé ne conviendrait-il pas pour faire les sutures dans les grandes opérations, spécialement s'il y avait une grande tension des parties ; il se dissout avant qu'une réunion solide de la peau ait eu lieu. Je suis informé cependant qu'il est utile dans les plaies et opérations sur les paupières (1). »

Dans le cas suivant, le pansement antiseptique, employé après d'autres modes de pansement, eut un succès remarquable, alors que les autres avaient échoué.

Coup de feu à la cuisse à bout portant. Vaste plaie lacérée, contuse à la face antérieure, triangulaire, de 27 centimètres de long sur 16 de large, laissant à découvert les muscles de la région antérieure de la cuisse plus ou moins déchiquetés. Le fémur était à nu et on voyait battre la fémorale. On enleva les parties mortifiées, les fragments de vêtements qui avaient pénétré dans les chairs et l'on pansa la plaie avec une solution de chlorure de chaux. La fièvre traumatique et la suppuration consécutives furent considérables, et, vers la troisième semaine, comme elles ne diminuaient pas, on résolut de mettre en pratique le pansement de Lister. La suppuration diminua rapidement, les bords et le fond de la plaie commencèrent à se couvrir de bourgeons charnus, rosés ; la fièvre disparut bientôt complétement ; l'appétit et les forces revinrent, et la cicatrisation marcha si rapidement, qu'au quarantième jour de la maladie elle était achevée (2).

Il nous reste à examiner la valeur de la méthode antiseptique dans les ligatures des vaisseaux.

Nous ne savons que peu de chose en ce qui concerne les veines. D'après M. Lucas-Championnière, « M. Lister a eu l'occasion de fermer, par la suture de catgut, la paroi des veines blessées, et les points de suture n'ont point été éliminés et il ne s'est produit

(1) *The Lancet*, 19 février 1876, p. 278.

(2) Amatore Amatori, *l'Acido carbolico come antisettico nelle ferite* (*Il Raccoglitore medico*, décembre 1875, p. 541).

aucun accident. » M. Lucas-Championnière, dans une application du procédé de M. Rigaud pour la cure des varices, isola les veines dans deux cas, et les veines ne se sont pas mortifiées.

La ligature des artères a fait le sujet de plusieurs articles remarquables publiés récemment, et d'une discussion à la Société clinique de Londres (12 novembre 1875). Mais il y a une distinction importante à faire dans les cas qui ont été rapportés, et qui doivent être divisés en deux catégories :

1° Cas dans lesquels la ligature a été faite d'après la méthode antiseptique, exécutée dans tous ses détails ;

2° Cas dans lesquels, la ligature ayant été faite avec le catgut, la plaie a été pansée tout autrement que par la méthode de Lister.

Ainsi, dans la séance de la Société clinique de Londres du 12 novembre 1875, M. Holmes lut un travail sur « un cas de ligature de l'artère fémorale avec le catgut phéniqué pour un anévrysme poplité », et il cite d'autres cas traités par la même méthode. Beaucoup des membres présents rapportèrent des faits dans lesquels ils avaient aussi employé le catgut. Mais il faut bien faire attention que dans toute cette discussion il n'est question que de l'emploi du catgut comme fil à ligature, et non pas du pansement de Lister; sauf dans deux faits cités par M. Macnamara, et dans un de ceux de M. Holmes, la plaie n'avait pas été pansée par la méthode antiseptique. Aussi ne peut-on charger celle-ci des accidents qui ont été observés. Il doit rester seulement, de cette discussion, que le catgut phéniqué est le meilleur lien qui puisse être employé ; car, grâce à lui, la plupart des membres présents n'avaient jamais eu d'hémorrhagie secondaire (1).

Quelque temps après, le docteur Nankivell publiait cinq cas de ligature de la fémorale par la méthode antiseptique. En voici le résumé :

Premier cas (déjà publié dans *the Lancet*, 26 août 1871). Homme de vingt-six ans, anévrysme poplité *gauche;* guérison en vingt jours sans suppuration.

Deuxième cas (déjà publié dans *the Lancet*, 18 février 1872). Homme de trente-trois ans, anévrysme de la fémorale ; guérison en un mois. Pas de réunion par première intention, mais le pus n'a jamais été altéré.

(1) *The Lancet*, 20 novembre 1875, p. 737.

Troisième cas. Homme de vingt-huit ans ; anévrysme de la fémorale ; guérison en vingt jours. Ecoulement insignifiant d'un pus *aseptic*.

Quatrième cas. Sujet du premier cas, trois ans après. Anévrysme poplité *droit*. Suppuration abondante et même fétide dans les premiers jours. Rougeur érythémateuse sur la jambe et la cuisse. On interrompit le pansement de Lister et on mit des cataplasmes ; abcès dans l'aine. La guérison demanda près de deux mois ; insuccès de la méthode antiseptique.

Cinquième cas. Homme de trente-neuf ans ; anévrysme poplité droit ; guérison en un mois environ.

L'auteur fait remarquer qu'il ne faut pas considérer ce cas au point de vue du pansement antiseptique, mais de la ligature antiseptique, qui réussit parfaitement dans les cinq cas. Il n'y eut jamais d'hémorrhagie secondaire. Il ne pense pas que la présence du catgut empêche la réunion primitive des parties profondes (1).

Cette absence d'hémorrhagie secondaire frappa M. Nankivell, qui, deux mois plus tard, publia un nouveau travail sur ce sujet.

Il avait lié les vaisseaux à l'aide du catgut dans les opérations suivantes :

Amputation de cuisse	22
— jambe	10
— pied	6
— bras	5
— main	2
— sein	10
Résection de la hanche	2
— du coude	2
Castration	3
Ligature de la radiale	1
— cubitale	1

« Dans le tableau ci-dessus ne sont pas compris les cas de lithotomie, de herniotomie, ni les cinq cas de ligature de la fémorale dont il a été question plus haut, ni toute la petite chirurgie. Ces opérations ont été pratiquées dans les deux sexes, enfants, adultes, vieillards ; l'opéré le plus âgé avait soixante-seize ans, avec dégénérescence calcaire des artères et sphacèle des lambeaux.

« Quelques-uns de ces cas ont remarquablement bien guéri ;

(1) *The Lancet*, 11 décembre 1875, p. 835.

mais nous avons eu notre part d'érysipèles, de septicémie et de sphacèle dans les amputations; mais, malgré l'état défavorable de quelques opérations, le catgut tint bon dans tous les cas, sauf un, et nous n'avons jamais eu qu'une hémorrhagie secondaire à l'hôpital depuis que nous employons cette ligature. C'est particulièrement par rapport à ce point que j'ai écrit ce mémoire, pour démontrer que l'emploi du catgut phéniqué nous a permis de prévenir l'apparition de l'hémorrhagie secondaire.

« Le seul cas dans lequel celle-ci ait eu lieu fut dans une amputation du pied pour ulcération incurable, suite de congélation. L'hémorrhagie eut lieu dans un point du tissu malade qu'il avait été nécessaire de conserver dans l'opération. Elle fut rapidement arrêtée par l'application d'une compresse, et le malade guérit bien. Il m'a semblé que, dans une ulcération incurable résultant de brûlure ou de congélation, il y a une tendance à l'hémorrhagie secondaire, quelle que soit la ligature employée; ma confiance dans le catgut n'est pas ébranlée jusqu'à présent. »

Comme conclusions, l'auteur réclame les avantages suivants pour le catgut :

« 1° Réunion immédiate des parties profondes d'une plaie; 2° absence de trajets fistuleux; 3° diminution des hémorrhagies consécutives, ou mieux leur absence par suite de l'emploi de cette ligature dans les points qui donnent du sang pendant l'opération; 4° absence du danger provenant d'une traction accidentelle de la ligature; 5° par-dessus tout, on évite presque entièrement le risque d'hémorrhagies secondaires comme il a été démontré par les résultats des cas précédents (1). »

Un dernier point sur lequel nous voulons appeler l'attention, c'est l'influence d'un état général antérieur sur la marche de l'opération. Nous avons déjà vu qu'un insuccès du pansement de Lister avait été probablement causé par l'âge avancé et l'état de faiblesse de la malade.

Dans les deux observations suivantes, on lia l'iliaque externe; la ligature donna tout ce qu'on lui demandait, mais parmi les accidents il y en eut que l'on peut attribuer à l'état constitutionnel des sujets, qui tous deux étaient syphilitiques.

Le docteur Myers fit la ligature de l'iliaque externe chez un soldat de trente-trois ans, syphilitique depuis onze ans, pour un

(1) *The Lancet*, 19 février 1876, p. 278.

anévrysme à cheval sur l'artère iliaque externe et sur l'artère fémorale. On employa le catgut phéniqué et, pour plus de sûreté, on fit deux ligatures à côté l'une de l'autre. On pansa comme d'habitude, on enveloppa le membre tout entier dans de la ouate et on appliqua des bouteilles d'eau chaude au pied.

La réunion se fit par première intention dans une grande partie de la plaie ; elle fut retardée dans le reste de son étendue par une toux qui secouait les parois abdominales, *et probablement aussi*, dit M. Myers, *par l'état de santé du malade.*

Quatre mois après, la guérison était assez parfaite pour que l'opéré pût rejoindre son bataillon (1) !

Le docteur Oliver Pemberton fit la ligature de l'artère iliaque externe chez un malade qui présentait trois anévrysmes considérables, l'un sous le ligament de Poupart, l'autre au sommet du triangle de Scarpa, et le troisième dans le creux poplité.

L'artère fut liée avec le catgut ; les trois anévrysmes se solidifièrent, mais il y eut une gangrène de la moitié inférieure de la jambe.

La plaie, pansée par la méthode antiseptique, guérit bien, mais on ne dit pas si ce fut par première intention ; en outre, on fut obligé, au quatorzième jour, de remplacer *le Lister* par un onguent résineux, à cause de l'apparition *d'excoriations* au voisinage de la plaie (2).

L'arrêt de la cicatrisation, dans l'observation de M. Myers, est un fait que nous avons déjà signalé dans notre thèse (3). Chez les syphilitiques, en effet, il arrive parfois qu'une plaie marche régulièrement dans les premiers jours, puis reste stationnaire ou ne guérit que lentement.

Les excoriations qui apparurent chez l'opéré de Pemberton ne sont que signalées ; on n'en donne ni les caractères ni la marche. Nous ne pouvons donc les mettre entièrement sur le compte de la syphilis.

Il reste acquis, par tous ces faits, que le catgut est une excellente substance pour faire les ligatures.

On lui a cependant reproché, dans la discussion de la Société clinique de Londres, de ne pas couper les tuniques internes, par-

(1) *The British Med. Journ.*, 27 novembre 1875, p. 670.
(2) *The Lancet*, 5 février 1876, p. 222, et 26 février, p. 310.
(3) *De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme*, 1875, Paris.

tant, de ne pas favoriser la formation du caillot protecteur; par suite encore, lorsque le catgut est résorbé, il y a hémorrhagie. Cette objection n'est pas sérieuse, car il est probable que c'est au manque d'habitude dans le maniement du catgut qu'on a dû de ne pas rompre les tuniques internes ; il fallait serrer plus fort.

Des faits qui précèdent, il nous semble que l'on peut conclure en faveur du pansement antiseptique comme méthode de traitement des plaies, et du catgut comme fil à ligature. Maintenant que la méthode de Lister a fait ses preuves à l'étranger, les essais qu'on en a fait chez nous à sa naissance, et il y a deux ou trois ans, devraient être renouvelés sérieusement, car l'immense diminution de la mortalité constatée par tous les chirurgiens qui l'ont mise en pratique nous paraît une compensation suffisante des inconvénients que l'on reproche à l'acide phénique, son odeur, par exemple (1).

CHIMIE MÉDICALE

Urochlorométrie clinique ;

Par M. le docteur A. Duhomme.

Les auteurs sont à peu près d'accord aujourd'hui pour fixer à une moyenne de 8 à 10 grammes la quantité de chlorure de sodium contenue, à l'état normal, dans 1 litre d'urine. On a également reconnu que cette quantité pouvait, sans sortir des limites physiologiques, osciller de 6 à 12 grammes par litre suivant une foule de circonstances qu'il serait trop long d'énumérer.

L'étude de ces variations, dont quelques-unes sont périodiques, ne manque pas d'intérêt pour le physiologiste ; mais, pour qu'elle s'impose à l'attention du clinicien, il faut, du moins dans l'état actuel de la science, que la quantité de chlorure de sodium excrétée dans l'urine des vingt-quatre heures s'éloigne assez notablement de la moyenne physiologique pour être susceptible de fournir des indications utiles dans le traitement d'une maladie.

(1) Cet article était composé lorsque nous avons reçu le numéro de *the Lancet*, du 25 mars, qui contient la première leçon de M. Thomas Smith sur le *Traitement des plaies et des abcès par la méthode antiseptique*. Nous rendrons compte de ces leçons lorsque leur publication sera terminée.

Ce premier point étant admis, on peut considérer une analyse donnant une approximation de 1 à 2 grammes par litre comme très-suffisante pour les besoins de la clinique ; et dans ces conditions d'approximation, il est possible d'opérer sur l'urine telle qu'elle a été émise sans lui faire subir de transformations ; il suffit de verser au moyen d'un compte-gouttes jaugé une solution titrée d'azotate d'argent dans une quantité déterminée d'urine pour doser en moins de quatre ou cinq minutes la quantité de chlorure de sodium qui y est contenue.

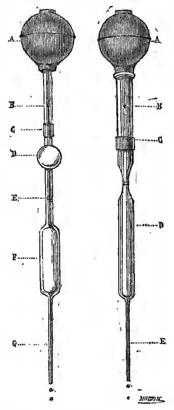
Dans un travail récent, intitulé *Saccharimétrie clinique* (voir *Bulletin de Thérapeutique*, premier semestre, 1875, p. 183, 214 et 261), nous avons étudié avec trop de détails l'application du compte-gouttes jaugé à l'analyse volumétrique pour avoir à y revenir aujourd'hui ; nous y renverrons donc le lecteur que la question pourrait intéresser et nous supposerons connu de lui tout ce que nous avons dit à ce sujet.

Nous avons fait ressortir les avantages qu'il y aurait, au point de vue de l'exactitude, à faire usage d'un compte-gouttes portant le trait de jauge sur un tube capillaire ; nous avons décrit et figuré (*loc. cit.*, p. 172) un compte-gouttes à soupape qui permet de réaliser cette disposition. Cet instrument est des plus utiles, lorsqu'on veut évaluer, avec une certaine précision, un petit volume de liquide, surtout si ce liquide est peu transparent ou opaque (liqueur de Fehling, lait, etc.). Malheureusement son prix de revient, qui est assez élevé, nous paraît devoir être un obstacle sérieux à sa vulgarisation, surtout pour les analyses cliniques. C'est du reste la seule considération qui nous a engagé à lui chercher un succédané qui, tout en étant d'une fabrication moins coûteuse, fût cependant susceptible de rendre à peu près les mêmes services.

Les figures ci-contre représentent sous deux formes un peu différentes (répondant à des nécessités de fabrication et par suite de prix de revient) l'instrument simplifié par la suppression de l'ajutage métallique. Sous cette nouvelle forme, il est uniquement composé de verre et de caoutchouc. Un petit trou indiqué en B a été pratiqué dans le verre et peut permettre la rentrée de l'air. Quant à la soupape, c'est la face palmaire de la troisième phalange du médius de l'opérateur qui en remplit les fonctions, et qui, découvrant ou recouvrant le trou d'air, permet ou interrompt la communication de la partie supérieure de l'instrument

avec l'extérieur. Cette communication n'est utile qu'à l'instant où l'on veut obtenir l'affleurement, à tout autre moment elle serait intempestive, puisque le liquide n'étant plus maintenu à l'intérieur s'échapperait au dehors indépendamment de la volonté de l'opérateur et le compte-gouttes à poire de caoutchouc perdrait ainsi un de ses principaux avantages.

Comme, d'autre part, on ne peut maintenir le doigt sur le trou d'air pendant toute la durée de l'analyse, il était indispensable de suppléer à l'automatisme de la soupape métallique par une autre disposition. Tel est le but du cylindre de caoutchouc représenté en D. Lorsque le jeu de la soupape digitale est nécessaire, ce cylindre est maintenu dans la position qu'indique la figure et le trou d'air reste accessible au doigt; dans le cas contraire, le cylindre glissant le long du tube est relevé de manière à couvrir le trou d'air et à le maintenir hermétiquement clos. Dans cette nouvelle position, l'instrument peut fonctionner à la manière du compte-gouttes ordinaire.



Principe de l'analyse. — Bien qu'on le trouve exposé dans tous les traités de chimie analytique, nous croyons néanmoins utile de rappeler en quelques mots le principe sur lequel repose le dosage du chlorure de sodium par la solution de nitrate d'argent.

Toutes les fois que dans un liquide neutre contenant en même temps des phosphates, des chlorures et des chromates, on verse une solution de nitrate d'argent, ces différents corps se précipitent dans l'ordre suivant : d'abord les chlorures, puis les chromates et en dernier lieu les phosphates, et cet ordre n'est jamais

interverti, pourvu toutefois que le liquide en expérience soit soumis à une agitation convenable.

L'urine à l'état normal renferme des chlorures et des phosphates. Les chlorures seraient donc précipités avant les phosphates; mais, comme la coloration jaunâtre du phosphate d'argent ne trancherait pas d'une manière suffisante, surtout dans l'urine, avec le précipité blanc formé par le chlorure d'argent, on ajoute à l'urine une petite quantité de chromate neutre de potasse et la coloration rouge-brique du chromate d'argent indique d'une manière très-nette le moment où, la précipitation des chlorures étant terminée, celle des phosphates va commencer.

La coloration rouge-brique n'est pas toujours obtenue d'emblée, il peut se faire, par les hasards de l'analyse, qu'une très-faible quantité de chromate d'argent ait été produite par la dernière goutte du réactif qui a été versée; sa coloration propre se perdant dans la masse du mélange lui communique seulement une teinte café au lait ou chocolat; cette teinte est suffisante pour indiquer que tous les chlorures sont précipités, mais elle passe plus facilement inaperçue que la teinte rouge.

Le point capital est de ne pas oublier que la fin de l'analyse est annoncée non pas par l'*apparition* de la coloration propre au chromate d'argent, car elle a lieu dès l'arrivée des premières gouttes de nitrate d'argent, mais bien par la *persistance* de cette coloration après une agitation convenable des liquides mélangés. Tant qu'il reste du chlorure dans l'urine, le chromate d'argent ne saurait s'y former d'une manière *permanente*, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par l'expérience suivante : La coloration rouge-brique étant obtenue et persistant après l'agitation, il suffit d'ajouter deux ou trois gouttes d'urine, c'est-à-dire d'introduire dans le mélange une nouvelle quantité de chlorure, pour qu'une nouvelle agitation fasse disparaître la coloration rouge et reparaître la teinte jaune-serin du commencement de l'expérience.

Instruments et réactifs. — Le matériel nécessaire à l'urochlorométrie clinique n'est pas très-considérable :

1° Une demi-douzaine de tubes à essai et leur râtelier. Ces tubes, d'une longueur de 12 centimètres environ, doivent être assez étroits pour que la petite quantité de liquide employée ne soit pas en trop grande disproportion avec la capacité du tube, et suffisamment larges cependant pour permettre d'en effectuer un mélange intime par l'agitation;

2° Deux compte-gouttes, l'un destiné à l'urine, l'autre exclusivement réservé à la solution de nitrate d'argent. Celui qui est destiné à l'urine sera jaugé à 2 centimètres cubes, et comme sa fonction est uniquement de servir de pipette, il y aura tout avantage à le choisir jaugé sur un tube capillaire, ce qui permettra de mesurer l'urine avec une plus grande exactitude, et d'atténuer ainsi l'inconvénient d'opérer sur un aussi faible volume. — Quant à celui qui est réservé à la liqueur d'argent, comme la transparence parfaite de ce réactif permet un affleurement très-exact, et comme, d'autre part, il doit servir au dénombrement des gouttes employées pour l'analyse, il n'y a aucun inconvénient à adopter le modèle ordinaire. — Il devra être lavé à l'eau distillée chaque fois qu'on cessera de s'en servir ;

3° Solution titrée de nitrate d'argent. Nous conseillons la formule suivante :

Azotate d'argent chimiquement pur..........	11g,63
Eau distillée................................	Q. S.

pour obtenir 100 centimètres cubes d'une solution qui doit être parfaitement neutre.

Un centimètre cube de cette solution correspond à 4 centigrammes de chlorure de sodium ; elle est donc quatre fois plus concentrée que celle qu'on emploie d'ordinaire. Cette plus grande concentration a plusieurs avantages : d'abord elle diminue le temps nécessaire à l'analyse, puisqu'on a quatre fois moins de gouttes à verser pour la même quantité d'urine, ensuite elle rend plus manifeste le changement de coloration qui indique la fin de l'opération; enfin, avantage très-appréciable, si le compte-gouttes donne 20 gouttes au centimètre cube, chaque goutte versée correspond exactement à 1 gramme de chlorure de sodium par litre, ce qui dispense de consulter la table.

Enfin on fera bien de se munir d'ammoniaque très-étendue pour nettoyer plus facilement les tubes à essai imprégnés de chlorure d'argent.

Manuel opératoire. — L'opération doit être conduite de la manière suivante : Après avoir interrogé, au moyen du papier de tournesol, la réaction de l'urine, on en mesure aussi exactement que possible 2 centimètres cubes, et on les verse dans le tube à essai. (Si l'urine contenait de l'albumine, il faudrait préalablement s'en débarrasser par la chaleur et la filtration.) On

ajoute une goutte de solution de chromate de potasse. On saisit le tube de la main gauche, à pleine main, c'est-à-dire que les quatre doigts repliés le maintiennent solidement dans la paume de la main, en ayant soin que 1 centimètre ou plus de son extrémité inférieure dépassant le bord cubital du petit doigt soit accessible à la vue, et que l'ouverture de son extrémité supérieure puisse être recouverte par la face palmaire de la seconde phalange du pouce replié à angle droit. On verse une goutte de la solution de nitrate d'argent, puis on ferme avec le pouce l'ouverture du tube que l'on agite fortement. On retire le pouce pour introduire une nouvelle goutte de la solution d'argent. Comme cette manœuvre doit être répétée plusieurs fois dans le cours de l'analyse et qu'en raison de la petite quantité de liquide employée, il est important de n'en point laisser perdre, au lieu de découvrir l'ouverture par une simple déflexion de la seconde phalange du pouce, on la retire parallèlement au bord de l'orifice en raclant en quelque sorte ce bord de manière à faire retomber dans le tube la portion de liquide dont elle est humectée. Après l'introduction de chaque nouvelle goutte du réactif, on agite fortement, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'un changement persistant dans la coloration du précipité vienne indiquer que l'opération est terminée. On a eu soin de compter exactement le nombre de gouttes employées, et la table donne immédiatement le résultat de l'analyse.

Nous avons vu que la coloration café au lait suffit pour indiquer que la précipitation des chlorures est terminée, il sera donc avantageux de ne pas la laisser échapper. La meilleure manière de familiariser promptement l'œil avec les différentes nuances de la réaction sera de faire, au début, une série d'expériences comparatives analogues à celles que nous avons décrites pour la saccharimétrie clinique (*loc. cit.*, p. 221).

Causes d'erreur. — L'augmentation du chlorure de sodium est due, le plus souvent, aux substances ingérées (aliments ou médicaments); elle a, en clinique, une importance bien moindre que sa diminution ou sa disparition.

Il se trouve, par une heureuse coïncidence, que toutes les causes d'erreur ont pour résultat d'accuser un chiffre trop fort, jamais trop faible ; à moins toutefois que l'opérateur n'ait négligé de constater que la précipitation du chromate d'argent était susceptible de disparaître par une agitation convenable.

Dans ce cas on trouverait un chiffre trop faible, mais alors

l'erreur serait imputable à l'opérateur et non à la méthode.

Nous nous contenterons de mentionner rapidement les raisons pour lesquelles on trouve un chiffre supérieur à la réalité. L'urine est généralement acide, or le chromate d'argent est soluble dans un milieu acide; sa précipitation se trouve donc retardée. En même temps que les chlorures, la solution d'argent précipite les matières colorantes et les matières extractives de l'urine, peut-être les urates; toutes ces causes concourent à donner un chiffre trop fort. Il n'est pas possible dans une analyse clinique d'éliminer ces causes d'erreur, ainsi qu'on le fait dans les laboratoires, par l'incinération de l'urine; mais on peut, comme nous allons le voir dans un instant, en tenir compte dans l'appréciation du résultat de l'analyse.

On est dans l'habitude de rapporter tout le chlore de l'urine au chlorure de sodium, bien qu'on sache que ce liquide contient une faible quantité de chlorure de potassium et peut-être des traces de chlorure de magnésium.

Calcul de l'analyse. — La table ci-jointe donne immédiatement le résultat de l'analyse lorsqu'on opère sur 2 centimètres cubes d'urine avec une solution de nitrate d'argent au titre que nous avons indiqué. Elle est analogue à celle que nous avons dressée pour la saccharimétrie clinique et la manière de la consulter est la même, mais la façon de l'interpréter demande quelques explications.

Les chiffres inscrits dans la première ligne horizontale correspondent au nombre de gouttes employées.

Les chiffres romains inscrits dans la première colonne verticale correspondent au nombre de gouttes représentant 1 centimètre cube de la solution de nitrate d'argent.

Supposons l'analyse suivante :

Le compte-gouttes dont nous nous servons donne 20 gouttes au centimètre cube et on peut voir par l'inspection de la table que, dans ce cas, chaque goutte correspond exactement à 1 gramme de chlorure par litre. La coloration propre au chromate d'argent ne s'est montrée d'une manière permanente qu'après la dixième goutte; théoriquement le résultat se trouve compris entre 9 et 10 grammes. Mais les causes d'erreur que nous venons d'indiquer nous autorisent à interpréter d'une manière plus rationnelle le chiffre que l'on doit adopter. Si l'urine est neutre, peu dense, peu colorée, si la réaction finale est représentée par une

Table donnant immédiatement le résultat de l'analyse.

A. De 1 a 11 gouttes.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
XVIII.....	1.11	2.22	3.33	4.44	5.55	6.67	7.78	8.89	10.00	11 11	12.22
XIX......	1 05	2.10	3.16	4.21	5.26	6.31	7.37	8.42	9.47	10 53	11.58
XX..... ..	1.00	2.00	3 00	4 00	5.00	6.00	7.00	8.00	9.00	10.00	11.00
XXI......	0 95	1.90	3.86	3.81	4.76	5.71	6.67	7.62	8.57	9.52	10.48
XXII.	0.91	1.82	2.73	3.64	4.54	5.45	6.36	7.27	8.18	9.09	10 00

B. De 12 a 22 gouttes.

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
	gr.	gr.	gr	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.	gr.
XVIII.....	13.33	14.44	15.55	16.67	17.78	18.89	20.00	21.11	22.22	23 33	24.44
XIX......	12.63	13.68	14.74	15.79	16.84	17.89	18.95	20.00	21.05	22.10	23.16
XX.......	12.00	13.00	14.00	15.00	16.00	17.00	18.00	19.00	20.00	21.00	22.00
XXI	11.43	12.38	13.33	14.28	15.24	16.19	17.14	18.09	19.05	20.00	20.95
XXII.	10.91	11.82	12.73	13.64	14.54	15.45	16.36	17.27	18.18	19.09	20.00

coloration café au lait, ce qui indique qu'une très-petite fraction de la dernière goutte a été employée à précipiter le chromate, on doit adopter le résultat correspondant à la pénultième goutte versée. Si, au contraire, l'urine était très-acide, très-dense, très-foncée, si la réaction finale s'est manifestée par une coloration rouge-brique intense, ce qui indique qu'une très-faible fraction de la dernière goutte a été employée à précipiter du chlorure, il sera prudent d'adopter le résultat correspondant à l'antépénultième goutte versée, soit pour l'exemple que nous avons choisi 9 grammes dans le premier cas, ou 8 grammes seulement dans le second.

Si l'urine examinée est très-pauvre en chlorure de sodium, il sera avantageux de doubler ou de tripler la dose d'urine soumise à l'analyse, et dans ce cas il suffira de prendre la moitié ou le tiers du résultat indiqué par la table.

CORRESPONDANCE

Du traitement de la paralysie rhumatismale du larynx par l'électricité.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Le numéro du 30 mars du *Bulletin de Thérapeutique* (p. 280) renferme une note sur un cas de paralysie rhumatismale du larynx guérie par l'électricité appliquée directement sur la peau. Permettez-moi de vous citer un cas en tout semblable que j'ai rencontré dans ma clientèle. Il s'agissait d'une bonne âgée de vingt-cinq ans, d'un excellent tempérament, d'une constitution moyenne, d'une bonne santé habituelle et qui fut prise subitement d'extinction de voix, puis de la perte absolue à la suite d'un refroidissement prolongé. Il y avait en même temps une bronchite assez vive et l'examen fait au laryngoscope montra une rougeur très-vive de l'arrière-gorge, de la muqueuse laryngienne et des cordes vocales; je diagnostiquai une paralysie rhumatismale du larynx et je soumis d'emblée la malade au traitement par l'électricité. Avec un courant d'intensité moyenne je compris le larynx entre les deux rhéophores de mon appareil et au bout de quelques instants la voix était revenue distincte et presque claire; après la séance, qui dura vingt minutes, elle était normale. Je congédiai la malade en lui recommandant de parler le moins possible et après lui avoir prescrit un julep kermétisé pour sa bronchite,

L'amélioration ne persista pas vingt-quatre heures; l'aphonie redevint presque aussi complète que la veille; la malade demanda elle-même une nouvelle application de l'électricité; le résultat fut aussi prompt et aussi complet que la première fois, et cette fois la guérison se maintint. Quant à la bronchite, elle suivit les phases ordinaires de cette affection.

Mon observation concorde donc avec celle publiée par M. de Renzi et prouve que la faradisation de la peau employée dans le traitement de la paralysie rhumatismale du larynx a une action très-nette et très-rapide. Rien non plus n'autorise à penser que notre malade ait jamais présenté les moindres phénomènes hystériformes. Je croirais cependant assez volontiers que la faradisation indirecte n'est vraiment utile qu'au début même des accidents ou dans un temps très-rapproché.

Dans le numéro de janvier-février 1876 du *Recueil de médecine et de chirurgie médicales*, j'ai publié une observation de luxation de la cuisse chez un enfant de quatre ans, réduite vingt-six jours après l'accident, par la méthode dite *de Desprès*, alors que tous les autres moyens étaient restés sans résultat. Le succès complet qui a été obtenu sans chloroformisation dans un cas rare et difficile confirme d'une manière éclatante l'opinion de M. le professeur Dolbeau sur l'avantage de la flexion combinée à la rotation du membre dans les tentatives de réduction des luxations de la cuisse.

Veuillez agréer, etc.

LEVEL,
Médecin-major.

Vendôme, 2 avril 1876.

BIBLIOGRAPHIE

Le Cerveau et ses fonctions, par M. J. LUYS, médecin de la Salpêtrière, 1 vol. de 260 pages; Bibliothèque scientifique internationale. Germer Baillière, éditeur.

Le livre que M. Luys vient de publier dans la Bibliothèque internationale, peut être considéré comme le résumé des travaux de cet auteur. Cet ouvrage comprend trois parties : l'anatomie propre du cerveau, la physiologie des éléments nerveux considérés en eux-mêmes, et enfin l'étude synthétique de ces mêmes éléments réunis pour concourir aux divers modes de l'activité mentale; cette dernière partie empiète largement sur le domaine de la psychologie.

I. Après avoir montré l'avantage de la photographie sur le dessin graphique, et l'utilité des coupes symétriques pour l'étude du cerveau, M. Luys décrit la substance blanche, en assignant aux fibres qui la constituent deux directions principales; les unes (fibres commissurantes) relient les hémisphères et assurent leur synergie d'action; les autres (con-

vergentes) relient la substance corticale aux noyaux gris centraux. Les circonvolutions sont constituées par des amas de cellules, dont les profondes, grosses et triangulaires, sont réunies par des tractus nerveux aux superficielles, qui présentent des dimensions plus petites. Il y a donc une analogie avec la structure de la substance grise spinale, dans laquelle les grosses cellules se rencontrent à la partie antérieure, les petites dans les cornes postérieures; cette analogie anatomique a été transportée sur le terrain de la physiologie, et de même que les cornes antérieures de la moelle sont motrices, les postérieures sensitives, de même les petites cellules cérébrales superficielles représentent la sphère naturelle de la diffusion de la sensibilité générale et spéciale, tandis que les zones profondes seraient les centres d'émission et de préparation des incitations de la motricité; en d'autres termes, l'acte moteur serait le plus souvent la répercussion plus ou moins éloignée d'une impression primordiale sensitive. Cette théorie avait été déjà développée par l'auteur (*Actions réflexes du cerveau*, 1875); elle sert de base à ce nouveau travail; mais, quelque attrayante qu'elle soit, ce n'est encore qu'une hypothèse qui demande à être soumise au contrôle de l'expérimentation.

La structure des masses centrales grises des hémisphères avait été déjà indiquée dans les premiers travaux de M. Luys. Cet auteur avait décrit dans les couches optiques, en s'appuyant sur une observation de Hunter (*Medico-chir. Transactions*, 1825), des noyaux directement en rapport avec la sensibilité générale et spéciale; à ces noyaux viennent aboutir les fibres convergentes émanées de la périphérie. Les corps striés, qui reçoivent aussi d'autres fibres convergentes, donnent naissance aux fibres des pédoncules cérébraux. Ainsi envisagées, les couches optiques seraient des masses ganglionnaires placées sur le trajet des incitations centripètes, et destinées à les renforcer, tandis que des corps striés émergeraient les fibres destinées aux incitations motrices irradiées de la périphérie. Sur ce point, M. Luys s'éloigne quelque peu de l'opinion des anatomistes qui ont décrit dans l'étage inférieur des pédoncules des fibres sensitives émanées directement du lobe occipital sans avoir traversé les noyaux opto-striés; c'est par la destruction de ces fibres que ces anatomistes expliquent l'hémi-anesthésie de cause cérébrale.

II. Les deux autres parties du travail de M. Luys sont consacrées aux propriétés des éléments nerveux, considérés d'abord isolément, puis comme des forces vives concourant à l'activité intellectuelle.

La cellule cérébrale suit la loi des tissus vivants; sous l'influence de l'afflux sanguin, elle fonctionne, et dépense ses matériaux phosphorés en produisant de la chaleur.

Les éléments nerveux possèdent trois propriétés : 1° la sensibilité, en vertu de laquelle la cellule sent l'excitation extérieure; 2° la phosphorescence organique, par laquelle la cellule emmagasine les incitations reçues; 3° l'automatisme, en vertu duquel la cellule transforme d'une façon inconsciente les incitations en mouvements.

Toute cellule a une sensibilité propre, depuis la cellule végétale jusqu'à la cellule de l'organe le plus complexe; tantôt cette sensibilité est inconsciente et a pour siége le sympathique et les régions centrales de l'axe spinal; elle nous rend compte des actes sympathiques et des phéno-

mènes excito-moteurs; tantôt elle est consciente, et son siége est la couche corticale périphérique, le *sensorium*. Dans tous les cas, pour que cette sensibilité existe, il faut qu'il y ait participation active de la cellule ; dans le cerveau, les éléments du *sensorium* se mettent à l'unisson des ébranlements périphériques ; de là naît l'attention. Si la cellule n'est pas en état de réceptivité, la *distraction* existe ; les sons frappent notre oreille et nous n'entendons pas. Une exagération de la sensibilité inconsciente amène la douleur physique ; de même la douleur morale n'est qu'un degré plus élevé de la sensibilité morale. A la naissance, la sensibilité est presque exclusivement physique, cutanée ; plus tard, la sensibilité morale se développe et atteint son maximum ; enfin, dans la vieillesse, elle disparaît, alors que l'homme est réduit à une vie purement végétative.

La cellule, une fois impressionnée, reste un certain temps en vibration par le fait de sa phosphorescence propre. De même que les impressions optiques, olfactives, acoustiques, gustatives persistent lorsque les incitations ont déjà disparu, de même les cellules excito-motrices de la moelle et du cerveau conservent les traces des ébranlements qui les ont mises en émoi ; de là résultent, d'une part, les mouvements automatiques ; d'autre part, les phénomènes de la mémoire. Dans la sphère cérébrale, la transformation est la même pour toutes les impressions de sensibilité spéciale. Les vibrations lumineuses, par exemple, transformées par la rétine en vibrations nerveuses, s'irradient dans l'écorce cérébrale ; si l'impression est agréable, elle se transmet au *sensorium* en y apportant une manière d'être spéciale que nous exprimons sous la dénomination de *sensation de beauté*, et développe en nous des sentiments de satisfaction, c'est-à-dire nous permet de porter un jugement.

Ces excitations irradiées, *spiritualisées*, pour ainsi dire, dans le *sensorium*, se transforment bientôt. Dans le système spino-bulbaire, ces phénomènes automatiques interviennent dans toutes les manifestations de la vie viscérale. Dans la sphère de l'activité psycho-intellectuelle, des actes qui, au début, demandaient le concours de la personnalité consciente sont exécutés dans la suite à notre insu, et par le seul fait de l'habitude.

Indépendamment de ces aperçus physiologiques, l'ouvrage de M. Luys est riche en déductions pathologiques. Si les différents processus de l'activité intellectuelle sont troublés d'une façon quelconque, nous voyons apparaître des perturbations fonctionnelles : divagation, illusions, hallucinations.

Ce livre n'est pas seulement un ouvrage de physiologie ; c'est une introduction savante à l'étude des maladies mentales ; au reste, personne mieux que l'auteur n'était à même de donner une explication raisonnée des principaux symptômes de la pathologie cérébrale.

Dans cette étude analytique, M. Luys s'est peut-être laissé entraîner un peu loin par la richesse de son imagination. S'il est possible, en effet, de reconnaître les trois phases de sensibilité, phosphorescence et automatisme pour certaines opérations cérébrales, il sera plus difficile de dissocier les éléments primordiaux du jugement et de lui attribuer une nature réflexe ; il nous coûtera d'admettre que la personnalité impressionnée puisse réagir d'une façon spéciale par sa seule force automatique ; l'analyse est peut-être

poussée trop loin, et les procédés de la physiologie ne sont pas toujours applicables à l'étude de la psychologie. Le sujet est épineux; mais le style, coulant et imagé, rend la lecture de cet ouvrage facile et agréable.

Alf. Jean,
Interne des hôpitaux.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 20 et 27 mars 1876; présidence de M. le vice-amiral Paris.

Action physiologique de l'*amanita muscaria* ou fausse oronge; phénomènes généraux de l'empoisonnement; effets de ce poison sur les organes de la circulation, sur ceux de la respiration, et troubles de la calorification. — Note de M. Alison.

Les expériences ont été faites avec le suc filtré ou l'extrait d'*amanita muscaria*, ou enfin avec son alcaloïde, la muscarine.

I. Nous avons entrepris en premier lieu l'étude des phénomènes généraux de l'empoisonnement chez les mammifères, les batraciens et les reptiles. Aux symptômes habituellement observés à la suite des empoisonnements ou des expériences physiologiques, nous pouvons ajouter, outre l'hypersécrétion des glandes en général observée chez les mammifères (Schmiedeberg et Koppe, Prévost) et également notée par nous sur les oiseaux, des phénomènes d'asphyxie manifeste, surtout chez les oiseaux, et enfin des troubles profonds de la calorification.

II. En second lieu, nous étudions les effets de l'*amanita muscaria* sur les organes de la circulation, d'abord sur le cœur des grenouilles, puis sur celui des mammifères.

1° Chez les grenouilles, nous avons tout d'abord constaté, ainsi que MM. Schmiedeberg et Koppe, que, après l'injection sous-cutanée d'une dose suffisante de muscarine, le cœur s'arrête en diastole, ayant conservé son irritabilité musculaire, que cet arrêt disparaît par l'atropine, et que la muscarine ne peut plus produire son effet d'arrêt chez une grenouille préalablement atropinisée. A ces faits nous pouvons ajouter les suivants : des doses très-faibles peuvent produire une légère accélération du cœur; l'arrêt diastolique s'obtient aussi par action locale, en déposant un petit fragment d'extrait sur le cœur, même après la destruction préalable de tout le système nerveux cérébro-spinal; ce même arrêt disparaît, sous l'influence non-seulement de l'atropine (Schmiedeberg et Koppe), de la digitaline (Bœhm), de la calabarine (Prévost), mais aussi d'un grand nombre d'autres agents (1), air, lumière, excitations périphériques, nicotine, ergotine, hyoscyamine; l'atropine cependant, qui peut rétablir les contractions, même après une ligature portée sur le cœur arrêté en diastole par la muscarine, l'emporte sur tous les autres agents, par suite surtout de ce fait qu'elle peut faire réapparaître les contractions alors que le cœur est arrêté depuis très-longtemps (après vingt quatre heures, même en hiver), les autres agents n'ayant plus ou ayant épuisé leur action.

Nous avons aussi étudié le mécanisme probable suivant lequel chacun des agents précités peut réveiller les mouvements du cœur; et, en ce qui

(1) Nous avons présenté, à ce sujet, une note à la Société de biologie (30 janvier 1875).

concerne l'atropine, nous pensons que cet alcaloïde peut rétablir les contractions, soit en excitant les fibres sympathiques, soit en paralysant les extrémités cardiaques des vagues, soit par ces deux causes à la fois. Ajoutons que, chez une grenouille muscarinisée, l'excitation galvanique des origines du pneumogastrique, après décapitation, ainsi que le contact du doigt sur une anse intestinale tirée au dehors, d'après le procédé de Pirogoff, peut également déterminer un arrêt diastolique passager du cœur. Chez une grenouille en état d'atropinisation, on ne peut plus, en employant le même procédé, arrêter le cœur en diastole, comme cela s'obtient chez une grenouille normale.

Enfin, d'autres amanites, entre autres l'*amanita mappa*, quoique produisant des effets analogues à l'*amanita muscaria*, ne déterminent pas, comme ce dernier poison, l'arrêt diastolique persistant du cœur.

2° Chez les mammifères, à faibles doses, l'*amanita muscaria* détermine, non-seulement chez l'homme et le chien (Schmiedeberg et Koppe), mais aussi chez tous les animaux, lapins, grenouilles, etc., chez lesquels nous avons cherché à la déterminer, une augmentation du nombre des battements du cœur. A doses plus fortes, on obtient, souvent après une période d'accélération, une diminution progressive des contractions, qui disparaît par l'atropine. La pression artérielle s'abaisse rapidement sous l'influence de la muscarine, mais remonte aussi par l'atropine. (Schmiedeberg et Koppe). De l'étude des faits et de la discussion à laquelle nous nous sommes livré sur le mécanisme suivant lequel l'*amanita muscaria* produit l'arrêt du cœur, il résulte que, suivant toute probabilité, cet arrêt diastolique tient à la surexcitation des extrémités cardiaques des vagues, coïncidant alors avec une diminution d'activité des fibres sympathiques, qui cependant ne sont point paralysées au moment où survient l'arrêt.

Nous avons profité de cette donnée pour chercher à éclaircir quelques points relatifs au mécanisme d'action de quelques autres poisons, nicotine, curare, hyoscyamine, sur le cœur des grenouilles.

Enfin, les cœurs lymphatiques de la grenouille continuent de battre malgré la muscarine (Prévost); ils ne reprennent pas leurs mouvements par l'atropine, comme le font les battements du cœur.

III. En troisième lieu, nous avons étudié les effets produits par l'*amanita muscaria* sur les organes de la respiration, chez les mammifères, les oiseaux, les grenouilles et les lézards.

Les modifications éprouvées par la respiration sont relatives à la dyspnée surtout, qui est un des principaux symptômes de l'empoisonnement et qui conduit à l'asphyxie et à la cyanose, phénomènes très-manifestes chez les oiseaux et souvent même chez les grenouilles et au degré de fréquence des mouvements respiratoires. Sous ce dernier rapport, nos expériences sont, en grande partie, confirmatives de celles de Schmiedeberg et Koppe, et l'on peut observer : 1° une augmentation de nombre, puis un retour graduel au chiffre normal (faibles doses); 2° une augmentation suivie d'une diminution (doses moyennes); 3° une diminution progressive jusqu'à l'arrêt définitif (doses toxiques).

Toutes ces modifications dans l'acte respiratoire peuvent s'observer après la section préalable des pneumogastriques, mais disparaissent par l'atropine (Schmiedeberg et Koppe). Suivant ces deux auteurs, les mouvements respiratoires disparaissent avant les contractions du cœur. Ce fait est vrai chez les mammifères; mais, chez les batraciens, la respiration survit aux battements du cœur.

IV. Dans nos recherches sur les troubles de la calorification, nous avons trouvé les résultats suivants :

1° Une élévation légère de la température, mais qui n'est pas constante et ne se produit ordinairement qu'une ou deux heures après le début (doses faibles); 2° un abaissement de 1 à 2 degrés, puis un retour vers une température normale (doses moyennes); 3° un abaissement très-prononcé précédant la mort (doses toxiques); 4° enfin, le relèvement de la température par l'atropine. L'abaissement de température produit par l'*amanita muscaria* et le retour vers la température normale dû à l'atropine sont deux faits très-importants : le premier peut servir pour aider au diagnostic et pour mieux fixer le pronostic dans les empoisonnements déterminés par la

muscaria, le second montre que cette substance possède, au point de vue de la calorification comme au point de vue des autres phénomènes généraux de l'empoisonnement, des propriétés antagonistes très-remarquables, qui peuvent servir très-avantageusement, ainsi que beaucoup de nos expériences le démontrent, à combattre les effets toxiques produits par l'*amanita muscaria*.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 21 et 28 mars 1876; présidence de M. Chatin.

Sur une affection rare de la peau (suite de la discussion, voir p. 271). — M Hillairet rappelle que, dans son argumentation, M. Devergie a soutenu que la malade présentée par M. Desprès n'était pas atteinte de lupus; qu'il s'était appuyé, pour défendre cette opinion, sur ce fait que 99 fois sur 100 le lupus s'observe sur le visage et non sur les membres. Il eût mieux valu, suivant M. Hillairet, s'appuyer sur les caractères anatomiques de la maladie pour déterminer sa nature; M. Devergie a laissé de côté l'idée de sclérème et s'est contenté de nier que la malade en question fût atteinte de cette affection. Il a admis qu'il s'agissait dans ce cas d'une lèpre propre à nos pays.

M. Hillairet fait tout d'abord observer que la lèpre est toujours la même et semblable à elle-même dans tous les pays, à quelques nuances près. L'orateur présente ici quelques considérations sur l'étiologie et la symptomatologie de la lèpre. M. Devergie, sous le titre de *lèpre tuberculeuse de nos pays*, a rapporté des faits qui, d'après M. Hillairet, sont des cas de mycosis et de fibromes multiples de la peau. En résumé, M. Hillairet n'admet aucun des faits sur lesquels s'appuie M. Devergie pour caractériser de lèpre tuberculeuse l'affection dont est atteinte la malade présentée par M. Desprès. Mais ce qui prouve par-dessus tout qu'il ne peut être question de la lèpre dans ce fait, c'est que l'état de cette malade est toujours resté très-satisfaisant, qu'elle a conservé l'appétit, que depuis un mois l'état local s'est très-sensiblement amélioré, et qu'avant un mois elle sera certainement guérie. Pareille chose ne s'observe pas dans la lèpre.

M. Hardy déclare que le cas présenté par M. Desprès est un cas rare et difficile, et qu'il n'est pas étonnant qu'il donne lieu à des interprétations différentes. Suivant lui, il y a une grande différence entre la lèpre et l'affection dont il s'agit ici; mais il y a des lépreux qui, entre autres phénomènes, présentent celui qui frappe tout d'abord chez cette malade, la gangrène des extrémités; seulement, dans ces cas, cette gangrène n'est qu'un accident de la maladie, accident grave, toutefois, puisqu'il peut amener la chute des mains et des pieds. Dans le fait dont il s'agit, la gangrène est au contraire le fait capital, le point culminant, le seul symptôme même. Il s'agit donc sans contredit d'une affection gangréneuse. En effet, l'on n'observe ici aucun des autres symptômes de la lèpre.

Mais il ajoute et c'est en cela qu'il se rapproche de l'opinion de M. Devergie, que dans toutes ces affections, lèpre, sclérodermie, lupus, gangrène des extrémités, le point de départ est toujours une altération des nerfs trophiques, qu'en somme, c'est toujours le même organe qui est affecté, et qu'il en résulte un rapprochement possible entre ces divers états pathologiques, ce qui explique l'opinion de M. Devergie.

M. Devergie ne croit pas, comme le dit M. Hardy, que dans le cas qui fait l'objet de cette discussion, la gangrène puisse être considérée comme le fait primordial, puisqu'elle n'est survenue qu'après sept ans. Que faites-vous donc, dit M. Devergie, des symptômes qui, pendant sept ans, ont précédé la gangrène? On sait au contraire que la maladie décrite par M. Maurice Raynaud commence par la gangrène.

M. Devergie rappelle les raisons qui l'ont porté à se séparer de ses collègues de la commission. Il reproche à M Hillairet de ne s'être pas prononcé sur le cas en discussion et de s'être contenté de repousser son opinion. M. Hardy, plus modéré que M. Hillairet dans son argumentation,

a avoué que le cas était difficils et pouvait donner lieu à quelques divergences d'opinions.

Contrairement à M. Hillairet, qui n'admet pas ds lèpre française, M. Devergie soutient que la lèpre existe en France, et présente des caractères spéciaux, de même que la pellagre, qui n'est pas absolument la même dans nos pays qu'en Lombardie.

Enfin M. Devergie déclare, en terminant, qu'il est arrivé au diagnostic de la lèpre, chez la malade de M. Després, par exclusion, et qu'il ne peut affirmer d'une manière positive que cela soit la lèpre. Mais il ne connaît aucune autre maladie qui se rapproche, autant que la lèpre, du cas qui fait l'objet de cette discussion. il n'est pas seul d'ailleurs de son opinion, et se félicite de pouvoir citer, comme la partageant, un homme aussi considérable et aussi compétent dans la question que M. Leroy de Méricourt.

L'aconit et l'aconitine. — M. Gubler, au nom d'une commission composés de MM. Guéneau de Mussy, Berthelot et Gubler, lit un rapport sur un travail intitulé : *De l'aconit, de ses préparations et de l'aconitine*, par M. le docteur J. Oulmont, candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale (voir t. LXXXIX, p. 557).

Le but de M. Oulmont, dans ce mémoire, dit M. le rapporteur, était de comparer entre elles les diverses préparations d'aconit, et de leur assigner leurs valeurs respectives, d'en déterminer la stabilité et la constance, et par conséquent de fixer l'opinion des hommes de l'art sur le degré de confiance qu'il convient d'accorder à chacune de ces préparations.

Dans une cinquantaine d'expériences, M. Oulmont a opéré sur huit préparations officielles obtenues du seul *aconitum napellus*, mais récolté dans différentes régions, des Vosges, des Alpes du Dauphiné et de la Suisse.

M. le rapporteur, après une analyse et une discussion du travail de M. Oulmont s'exprime en ces termes :

« Malgré des dissidences d'opinions sur quelques-uns des points de pratique ou de doctrins touchés dans le mémoire, votre commission est d'accord avec l'auteur sur la proposition fondamentale ds son travail, à savoir que les diverses préparations d'aconit sont très-inégales dans leur action physiologique, et par conséquent très-incertaines dans leurs effets thérapeutiques. Elle constate avec satisfaction que, grâce aux résultats expérimentaux obtenus par M. Oulmont en concordance avec les observations des cliniciens st les analyses chimiques, la supériorité de la racins d'aconit sur toutes les autres parties de la plante au point ds vue de la richesse en alcaloïde, se trouve définitivement établie.

« En conséquence, elle s'associe au vœu émis par l'auteur de voir procéder à une révision des formules généralement usitées pour les préparations d'aconit. Elle pense même qu'il y aura lieu d'examiner si les substances extractives fournies par l'aconit napel ne renferment pas des alcaloïdes différents, dont il faudra déterminer les caractères, la proportion relative, l'action physiologique spéciale, avant de fixer définitivement les formules de leur emploi thérapeutique. »

Troubles circulatoires du fond de l'œil dans les lésions traumatiques du cerveau. — M. Giraud Teulon, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Dolbeau et Marrotte, lit un rapport sur un mémoire lu à l'Académie, dans la séance du 22 février 1876, par M. le docteur Panas, intitulé : *Contributions à l'étude des troubles circulatoires visibles à l'ophthalmoscope dans les lésions traumatiques du cerveau* (voir p. 230).

La relation qui existe entre certaines affections cérébrales et les troubles circulatoires du fond ds l'œil, visibles à l'ophthalmoscope, dit M. Panas, est aujourd'hui bien connue des médecins Les lésions ds la rétine et du nerf optique, qui, comme nous le verrons, accompagnent souvent les lésions traumatiques du cerveau, semblent, au contraire, avoir échappé aux investigations des chirurgiens.

L'objet de la communication de M. Panas est de contribuer à combler

cette lacune de la science, d'étendre à la pathologie chirurgicale du cerveau les conquêtes qui semblent acquises à la pathologie médicale.

M. le rapporteur analyse avec détail les observations contenues dans le travail de M. Panas, et en particulier une observation de fracture de la base du crâne avec compression, suivie promptement de mort.

Puis il résume en ces termes la longue discussion qu'il a engagée à ce sujet :

On voit dans l'une des observations de M. Panas (celle qui a été plus particulièrement l'objet de l'examen de M. le rapporteur), que, malgré la présence d'une fracture étendue de la base du crâne, d'une compression du cerveau devenue promptement mortelle, les phénomènes de la stase papillaire faisaient défaut à la mort du malade, survenue le troisième jour. L'unique fait constaté était la seule turgescence des veines rétiniennes, qu'un simple épanchement borné à l'intérieur de l'orbite est apte à produire. Le diagnostic différentiel entre la contusion et la commotion cérébrale ne pouvait donc être emprunté dans ce cas à la seule observation ophthalmoscopique.

On voit d'ailleurs, dans cette observation, que la stase papillaire est tout à fait distincte de la lésion cérébrale elle même ; c'est un phénomène exclusivement d'ordre physique, un fait qu'on pourrait appeler *manométrique*.

Nous pouvons donc, ajoute M. le rapporteur, approuver M. Panas et nous joindre à lui lorsqu'il dit : « La stase papillaire ne peut être considérée comme se rattachant à telle variété de traumatisme du cerveau plutôt qu'à telle autre; et il n'est pas permis de juger d'après elle de la gravité de la lésion. Tout ce qu'on peut affirmer, dans l'état actuel de nos connaissances, c'est que la stase papillaire indique la présence d'un liquide épanché dans les méninges. »

Cette conclusion de l'observation chirurgicale est celle même fournie par les recherches d'ordre médical et formulée déjà dans les termes suivants :

« Le gonflement du nerf optique par stase veineuse peut accompagner toutes les maladies cérébrales qui augmentent la pression intra-crânienne, hydropisie, tumeurs, etc. »

La localisation de la maladie cérébrale par la simple image ophthalmoscopique (sans autres symptômes) est donc presque toujours impossible; d'après ce que nous venons de dire, on peut en tirer quelquefois des conclusions sur la nature de la maladie, mais pas toujours.

Le seul cas dans lequel on peut avoir une certitude sur la nature de la maladie cérébrale, c'est quand on trouve des tubercules dans la choroïde. Alors on a le droit de diagnostiquer, d'après le seul examen ophthalmoscopique, une méningite tuberculeuse.

En insistant, comme nous le faisons, sur la limitation que les faits sainement interprétés imposent aux arrêts demandés à l'investigation ophthalmoscopique, nous n'avons pas la moindre intention de détourner les pathologistes de l'emploi de cette merveilleuse méthode. Personne ne déplore, au contraire, plus que nous l'extrême rareté de son application dans notre pays. C'est précisément pour assurer et étendre cet emploi que nous avons hâte de nous élever contre les interprétations excessives qui pourraient lui être prêtées. Rien ne serait plus propre à frapper de discrédit une méthode d'observation aussi précieuse, que de lui faire dire plus que ne l'expriment ses propres témoignages.

A ce point de vue, nous nous plaisons à rendre une entière justice au travail de M. Panas. En joignant ses observations aux acquisitions déjà faites par l'anatomo-pathologie médicale comparée du cerveau et de l'œil, on s'assure la possession d'une loi positive de pathogénie, et la première qui soit désormais fondée en cette matière. Ainsi se voient acquis à la science l'existence et le rôle de la canalisation lymphatique qui relie, en pathogénie comme en anatomie, les cavités crânienne et oculaire, le mécanisme qui donne naissance à la fausse névrite ou stase papillaire, et précisées les différences qui la séparent de la névrite vraie ou inflammatoire.

Elections. — M. Chauveau est nommé membre associé national.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 24 mars 1876; présidence de M. Laboulbène.

Myélite aiguë antérieure. — M. Laveran présente un jeune tambour de vingt-trois ans qui, le 12 septembre 1874, après avoir couché sur le sol humide, a été pris de paralysie du bras droit et de la jambe droite, sur lesquels il s'était couché. Actuellement, il y a paralysie atrophique des muscles du bras droit et de l'épaule; quelques muscles de l'avant-bras sont conservés intacts. Le courant électrique est sans action, excepté sur le faisceau antérieur du deltoïde. Ce malade présente tous les symptômes indiqués dans la paralysie infantile, si bien décrite par Duchenne, de Boulogne. Pas de symptômes fébriles au début. Ayant enlevé avec le petit emporte-pièce de Duchenne quelques fragments des muscles atrophiés, l'examen histologique a révélé l'altération du tissu musculaire. La jambe a repris ses fonctions et le malade marche sans trop de difficulté. M. Laveran renvoie à la thèse de M. Hermann, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, qui contient cette observation avec tous les détails qu'elle comporte.

Teinte en violet des pieds, des mains et des cheveux par la fabrication de l'aniline. — M. Laboulbène. La préparation de l'aniline se faisant par des procédés différents, il est assez difficile de déterminer précisément quelle est la substance qui a occasionné cette coloration bizarre.

En général, on l'obtient en faisant agir le bisulfhydrate d'ammoniaque sur la nitro-benzine. Le chlore, le brome et l'iode peuvent se substituer à un ou plusieurs équivalents d'hydrogène et donner des anilines chlorées, bromées et iodées. Le sujet que présente M. Laboulbène a travaillé pendant deux mois dans une fabrique d'aniline sans éprouver de troubles physiques : deux mois après, il ressentit des douleurs dans la verge, les bourses; trois mois après, il ressentit des troubles analogues à ceux occasionnés par le sulfure de carbone, obtusion de la sensibilité générale, etc. M. Laboulbène se demande comment les vapeurs d'aniline, qui sont âcres, peuvent léser les yeux, la gorge, agissent aussi sur les organes génitaux. N'y aurait-il pas eu contact avec les mains?

M. Bergeron a vu un certain nombre de cas analogues, mais n'a jamais rien constaté du côté des organes génitaux. Les accidents observés chez les ouvriers employés à la fabrication de l'aniline varient selon le mode de préparation de cette substance. Il faudrait suivre toutes les opérations de la fabrication de l'aniline, de la rosaniline et de la fuchsine pour avoir une opinion exacte sur les maladies qui peuvent en résulter. La préparation de la fuchsine, exigeant l'emploi de l'arsenic, peut donner lieu aux ulcérations arsenicales superficielles. On observe souvent l'anémie chez les ouvriers qui font ces préparations, mais il y a deux ordres d'anémie chez ces ouvriers, une anémie réelle, lente, et une anémie qu'on peut appeler *fausse anémie*, qui est déterminée par la diminution de l'oxygène qu'ils respirent. Cette anémie, qui n'est qu'une simple décoloration des globules, guérit promptement dès que les individus ont respiré de l'oxygène; la première est une véritable cachexie. M. Bergeron ajoute que chez ces ouvriers on constate souvent de la gastricité : quelques vomitifs ou quelques purgatifs font souvent disparaître ces symptômes. C'est ce qui explique l'amertume de la bouche.

Exfoliation de l'épiderme. — M. Féréol montre une véritable semelle d'épiderme fournie par l'exfoliation de toute la plante du pied chez un malade observé par M. le docteur Vérité et présenté par ce dernier à la Société d'hydrologie. Ce malade, ancien officier, était affecté d'un psoriasis herpétique et avait demandé des conseils à M. Vérité, à la Bourboule. M. Féréol fait aussi circuler un fragment d'épiderme prove-

nant d'un orteil, ayant la forme d'un véritable doigt de gant, ne laissant même pas de solution de continuité pour l'ongle ; de telle sorte que l'épiderme semble avoir proliféré de la couche inférieure à la couche supérieure et s'être réuni à cette couche. Cette exfoliation ne se montra qu'aux orteils et nullement aux doigts de la main. Cette pièce sera étudiée histologiquement.

M. Vidal dit que l'altération de l'ongle du petit doigt des pieds est un phénomène assez fréquent chez les psoriasiques ; souvent même ce petit doigt n'a pas d'ongle.

Tumeur cancéreuse du larynx. — M. Isambert présente un malade dont la physionomie est excellente et nullement cachectique ; ni dyspepsie, ni douleur, et cependant il est porteur d'une tumeur grosse comme une noix et située dans le larynx ; on peut la sentir en palpant le cou. Il y a un ganglion induré à la région sous-maxillaire. Cette tumeur a son point de départ à la face supérieure de l'épiglotte ; elle serait plutôt pharyngée que laryngée. Le but de M. Isambert, en montrant ce malade, n'est pas seulement de faire voir un cas fort intéressant, mais encore d'appeler l'attention sur l'absence de symptômes graves dans un cas très-grave.

Fièvre intermittente pernicieuse, simulant une méningite. — M. Simon rapporte l'observation d'un enfant de trois ans, qu'il a vu le 5 mars dernier et qui pendant trois jours a présenté des phénomènes étranges, simulant une méningite ; fièvre, malaise, pas de vomissements. Le 5 mars, 120 pulsations, mains froides, impossibilité de remuer la tête. La sœur de cet enfant, qui était âgée de onze mois, était morte quelque temps auparavant, après deux ou trois jours de maladie, avec des symptômes analogues. Cet enfant de trois ans avait présenté presque tous les signes de la méningite commençante, sans cependant que les signes fussent bien avérés. Il avait été vu par plusieurs médecins et entre autres par M. Ricord, qui avait cru trouver dans les antécédents quelques signes d'intermittence et avait conseillé le sulfate de quinine. Ce sel fut donné le 5 mars dans du café noir, à la dose de 10 centigrammes toutes les heures jusqu'à 70 centigrammes, sans qu'il y eût ivresse quinique. Le 6 mars, 120 pulsations, un peu d'amélioration, langue dépouillée d'épiderme, mains toujours froides. On continue le sulfate de quinine, de la même manière que la veille, et jusqu'à la dose de 60 centigrammes ; alors se produisit l'ivresse quinique. Le 7 mars, l'enfant était tout à fait guéri. On continue le sulfate de quinine pendant deux jours, mais à la dose de 40 et 30 centigrammes. M. Simon fait observer que le défaut de caloricité des mains se remarque fréquemment dans les fièvres pernicieuses et il ajoute que le jeune malade habitait un quartier exposé aux émanations du canal Saint-Martin.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 22 et 29 mars 1876 ; présidence de M. Houel.

De l'électricité dans les paralysies des membres consécutives aux lésions articulaires. — Il y a quelques mois M. Le Fort signalait les bons effets que peut donner l'emploi des courants constants dans les paralysies qui surviennent à la suite des luxations. Les recherches auxquelles il s'est livré depuis et les faits dont il a été témoin lui ont démontré que l'atrophie des membres pouvait être la conséquence d'un grand nombre de lésions articulaires telles que arthrites aiguës et chroniques et hydarthrose. Un de ses internes, M. Vallat, vient même de constater par des expériences que la diminution du volume d'un membre peut survenir à la suite d'une simple irritation de l'articulation, comme par exemple celle qui est produite par l'injection d'un liquide légèrement astringent. Tous ces accidents, qui sont par conséquent assez fréquents, disparaissent

très-rapidement lorsqu'on peut employer les courants constants en même temps que la faradisation.

M. Verneuil a également observé quelques faits de paralysies à la suite d'hydarthroses ; ses malades, comme ceux de M. Le Fort, ont été complétement guéris après quelques séances de faradisation.

De la torsion des artères.—M. Tillaux, qui emploie depuis 1871 la torsion des artères dans les grandes et les petites opérations, lit sur cette question un important mémoire dont voici les conclusions :

1° La torsion est applicable aux artères de tous calibres, et plus spécialement aux grosses artères ;

2° Une seule pince est nécessaire pour cette opération, quel que soit le volume de l'artère;

3° Il faut saisir les artères obliquement avec la pince et non dans leur continuité, de façon à bien comprendre entre les mors de la pince les trois tuniques dans toute leur largeur ;

4° On doit tordre jusqu'au détachement complet de la partie saisie par la pince ;

5° Le refoulement des tuniques vers le cœur, conseillé par Amussat, de même que la torsion limitée est inutile ;

6° La torsion est applicable aux artères athéromateuses ou enflammées; c'est donc un moyen précieux pour obtenir l'hémostase au fond des plaies ;

7° Elle favorise la réunion immédiate des plaies par l'absence de tout corps étranger ;

8° Elle met à l'abri des hémorrhagies primitives aussi bien que la ligature ;

9° Mieux que cette dernière elle permet d'éviter les hémorrhagies secondaires.

M. Larrey fait observer que la plus large part dans cette méthode de la torsion des artères doit revenir à Amussat; tous les auteurs qui se sont occupés de ce sujet lui ont d'ailleurs rendu justice.

D'après M. Tillaux il n'est pas nécessaire, pour opérer la torsion des artères, d'être pourvu de tout l'appareil instrumental décrit par Amussat, il suffit d'une seule pince. Depuis plus de quatre ans qu'il emploie cette méthode il n'a jamais observé d'hémorrhagies ni primitives ni secondaires.

M. Th. Anger a employé deux fois avec succès la torsion des artères pour les amputations de cuisse; mais dans un cas d'hémorrhagie secondaire l'artère s'est rompue entre les mors de la pince et la torsion n'a pu être faite.

Dans les cas où l'artère est enflammée, dit M. Tillaux, il faut encore tenter la torsion ; si elle ne suffit pas pour arrêter l'écoulement du sang, il faut avoir recours à la ligature ; mais si au contraire on obtient l'hémostase, on peut être sûr qu'il n'y aura pas d'hémorrhagie consécutive. Cette opinion d'ailleurs est basée sur des expériences faites sur le cadavre. Après avoir pratiqué plusieurs amputations de cuisse à la partie moyenne et opéré la torsion, M. Tillaux faisait au niveau du pli de l'aine une injection d'eau qu'il poussait fortement avec une seringue à hydrocèle ; l'artère s'est quelquefois déchirée, mais jamais le tourillon ne s'est défait. Un des avantages qui doit plaider en faveur de la torsion des artères, c'est qu'elle est dans beaucoup de cas d'une application beaucoup plus facile que la ligature.

De la blépharoplastie. — M. Gaget (de Lyon), membre correspondant, communique l'observation d'une jeune malade chez laquelle il a pratiqué la blépharoplastie pour un cas de destruction complète des paupières par suite de l'ablation d'un épithélioma lobulé.

De l'appareil d'Esmarch. — M. Nicaise a fait dernièrement la ligature de l'artère radiale pour une plaie de ce vaisseau siégeant dans la tabatière anatomique. La blessure datait de trois semaines et avait dans cet intervalle donné lieu à plusieurs hémorrhagies inquiétantes. Grâce à

l'application de l'appareil d'Esmarch, les deux bouts de l'artère purênt être liés sans la moindre difficulté et la guérison survint rapidement.

M. Nicaise fait ressortir l'utilité de l'appareil d'Esmarch pour les ligatures artérielles et surtout pour celles de la paume de la main. Ces opérations sont quelquefois longues, mais on peut laisser la bande de caoutchouc appliquée pendant un certain laps de temps sans autre inconvénient qu'une congestion passagère de la peau ; elle détermine, il est vrai, une hémorrhagie en nappe, mais il est facile de l'arrêter en appliquant sur la surface saignante une large éponge.

Tout en reconnaissant que l'appareil d'Esmarch est excellent pour les opérations délicates, M. Le Fort fait observer que dans les grandes opérations l'hémorrhagie en nappe est inévitable, et qu'il n'est pas toujours aussi facile d'y remédier que le pense M. Nicaise.

De l'aplasie lamineuse progressive. — M. Després présente un jeune garçon de quatorze ans chez lequel on peut observer sur un côté de la face l'absence du développement des sinus maxillaires et frontaux. Il pense que les faits qui ont été consignés sous le titre ci-dessus ont été mal interprétés et qu'il s'agissait tout simplement du défaut de développement qu'il vient de signaler.

Du drainage dans un kyste de l'ovaire. — M. Delore (de Lyon) employa, dans un kyste de l'ovaire, les moyens suivants : après avoir déterminé des adhérences de la poche au moyen de caustiques appliqués sur la paroi abdominale et au fond du vagin. il fit une ponction au niveau de l'eschare abdominale avec l'appareil de Potain, et au moyen d'un trocart courbe passa un tube jusqu'au cul de-sac postérieur du vagin. Par ce drain, il injecta chaque jour 10 à 40 litres d'eau et put ainsi éviter tout accident putride. Au bout d'un mois et demi, le tube fut enlevé et l'ouverture vaginale s'oblitéra ; celle de l'abdomen se referma quelque temps plus tard, mais se rouvrit de nouveau après plusieurs jours de fatigue. Pendant plusieurs mois, il sortit une petite quantité de pus par cette fistule, dont la guérison fut définitivement obtenue au moyen d'injections avec une solution de nitrate d'argent.

M. Terrier pense qu'il n'est pas toujours sans inconvénient d'appliquer des caustiques sur la paroi postérieure du cul-de-sac vaginal, car il peut se faire qu'il ne se forme pas d'adhérences entre cette dernière et la poche kystique. Quant à l'opération elle-même, elle ne peut offrir d'avantages que lorsqu'on est absolument certain de n'avoir affaire qu'à un kyste uniloculaire, ce qui est rare.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 mars 1876; présidence de M. Martin.

Sur la poudre de sang soluble et ses applications. — M. Le Bon envoie une note qui vient compléter la communication faite par M. Limousin (voir p. 238). La poudre de sang soluble laisse déposer une substance blanche insoluble qui est la globuline; la plus grande partie de la solution est constituée pour les neuf dixièmes par l'hémoglobine que le spectroscope permet de distinguer facilement. La poudre de sang soluble représente donc avec exactitude le sang défibriné et privé d'eau.

M. Le Bon se propose de remplacer par sa préparation, dans l'alimentation, la viande crue et le sang liquide, et en thérapeutique de la substituer aux différents ferrugineux.

M. Paul se demande si l'on ne pourrait pas employer cette solution de poudre de sang bien filtrée pour la transfusion.

M. Dujardin-Beaumetz croit que, dans le cas de choléra, on pourrait, au lieu de faire des injections intra-veineuses d'eau, comme il les a déjà

pratiquées, employer cette solution, qui aurait cet avantage de ne pas détruire les globules ; on pourrait aussi essayer d'injecter ces solutions dans le tissu cellulaire comme moyen alimentaire.

M. Gubler croit que dans l'un et l'autre cas on n'aurait que des déboires; les globules vivants sont nécessaires dans la transfusion ; on introduirait dans l'économie un liquide ne contenant que des déchets.

Quant à la viande crue, sans nier sa digestion plus facile, M. Gubler dit que la cuisson donne à la viande un arome et un goût spécial qui excitent le goût et l'appétit ; en terminant il s'élève contre l'abus que l'on fait aujourd'hui de la viande crue.

M. Trastour, à propos des préparations ferrugineuses et de leur substitution par le sang soluble, dit que ces préparations n'ont pas l'efficacité qu'on leur assigne dans le traitement des anémies ; chez les animaux, le chien en particulier, l'anémie guérit rapidement sans fer, ce corps n'agissant qu'en stimulant les fonctions digestives.

M. Mialhe repousse cette théorie émise par Trousseau.

M. Paul croit à l'utilité du fer dans la chlorose et les anémies ; si la physiologie expérimentale n'a pas encore expliqué cette action, la clinique peut, en revanche, fournir des exemples nombreux et incontestables de cette action favorable du fer.

M Dujardin-Beaumetz s'élève contre l'abus des préparations ferrugineuses ; il pense que, dans un très-grand nombre de cas, les conditions hygiéniques seules peuvent amener la guérison de la chlorose et des anémies : le séjour à la campagne, l'hydrothérapie, les bains de mer, les viandes crues et saignantes, les vins toniques, produisent la guérison de la chlorose sans l'intervention des préparations ferrugineuses. Dans la pratique, M Dujardin-Beaumetz trouve dans l'arsenic un médicament d'une action beaucoup plus sûre et plus certaine que le fer, et aussi le préfère-t-il de beaucoup dans le traitement des anémies.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

De la ouate préparée pour remplacer les éponges et la charpie. — M. Kirmisson, interne des hôpitaux, montre les grands avantages que présente dans les pansements la ouate préparée ; voici en quoi consiste cette préparation :

On sait que la ouate, à l'état cardé, est très-réfractaire à l'imbibition. On ne pouvait donc *à priori* s'attendre à ce que cette substance, sous l'influence de la plus simple préparation, devînt susceptible d'acquérir des propriétés absorbantes comparables à celles de l'éponge la plus fine.

C'est par le hasard que M. Guyon a été conduit à la constatation de ce fait nouveau et bien inattendu. Obligé par circonstance de se passer d'éponge et de linge et se servant d'une façon prolongée d'un tampon d'ouate comme moyen de lavage, il remarqua que l'immersion répétée de la ouate lui donnait de plus en plus la propriété de l'imbibition. Des expériences furent dès lors établies dans son service ; elles confirmèrent pleinement les résultats espérés et conduisirent à établir le mode de préparation suivant :

On prend un feuillet d'ouate qu'on taille en carrés de diverses grandeurs, généralement de la longueur de la main. La forme à donner aux morceaux d'ouate n'est pas indifférente : il vaut mieux en effet les prendre sous forme de carrés que d'en faire de longues bandelettes, en étirant la ouate suivant la longueur de ses fibres, car ces bandelettes se déroulant quand elles sont

imbibées, gênent dans l'emploi de la ouate-éponge. Les carrés ainsi formés sont plongés dans un bassin d'eau où on les laisse pendant cinq à six minutes. On a soin du reste de faciliter leur imbibition en les retournant fréquemment, en exerçant sur tous les points de leur surface des pressions répétées qui forcent pour ainsi dire chaque fibre à se charger de liquide. Tout d'abord on se servit pour faire cette imbibition d'eau ordinaire; depuis, dans la pensée d'avoir un mode de pansement antiseptique, on lui a substitué une solution d'acide phénique à 1 pour 100.

Quand toute l'épaisseur de la ouate est bien imprégnée de ce liquide, elle est soigneusement exprimée par une forte pression, puis roulée en forme de boule. Les tampons d'ouate ainsi obtenus sont déposés dans un bocal en verre qu'on a soin de tenir constamment fermé par un bouchon de liége qui s'y adapte exactement. Le bocal est placé sur l'appareil de pansement de la salle, et pendant toute la durée de la visite, on a ainsi sous la main de l'ouate toute prête pour remplacer soit les éponges, soit la charpie. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire que cette ouate soit employée le jour même de sa préparation. Elle peut être conservée pendant plusieurs jours, et demeurer propre aux divers usages auxquels on la destine. (*Journal de thérapeutique*, 10 février 1876.)

Nouveau procédé de dosage du glucose dans les urines par les liqueurs cupro-potassiques ou sodiques. — Voici le procédé proposé par M. Louis Redon : Au lieu de n'employer que de faibles quantités d'urine et de les étendre d'eau afin de mieux arriver à mettre en évidence la fin de la réaction, comme on procède à l'ordinaire, je mesure 50 centimètres cubes d'urine, que je débarrasse de tous les corps pouvant gêner la réaction; le liquide incolore qui en résulte est placé dans un ballon et porté à l'ébullition; j'ajoute petit à petit, pour ne pas abaisser la température, de la liqueur cuivrique, jusqu'à ce que, après la décoloration obtenue, la teinte verte reparaisse par l'addition continue de la liqueur et se maintienne vive malgré l'ébullition prolongée quelques instants; donc, il y a un excès de sel cuivrique, et tout le glucose a été employé à la réduction du protoxyde formé; je filtre alors rapidement de l'eau distillée, chauffée à près de 100 degrés et préalablement bouillie. Le filtre étant placé sur une lame de verre et étalé à l'aide d'une pipette, je fais tomber dans un vase à précipité le protoxyde rouge de cuivre; je lave le filtre avec de l'acide chlorhydrique, qui tombe dans le vase. Dans cette opération, l'acide chlorhydrique a dissous le précipité rouge, et il reste une liqueur incolore. Je titre alors avec le caméléon ou permanganate de potasse. Le caméléon violet foncé perd sa couleur et devient incolore tant qu'il reste du protoxyde à peroxyder, et une dernière goutte suffit pour que, tout d'un coup et d'une façon très-vive et très-brusque, la liqueur soit colorée tout entière en violet, qui passera au bout de quelques minutes à la teinte verte des sels de cuivre.

Il est bon, si l'eau du lavage n'a pas bouilli, de lui ajouter du chlorure de sodium pour éviter une peroxydation de l'oxyde de cuivre pendant le lavage.

Du nombre de centimètres cubes de caméléon employés, il faut arriver à la quantité de glucose. Voici comment :

1° 0,34639 de sulfate de cuivre sont réduits par glucose = 0,05;

2° 0,34639 de sulfate de cuivre correspondent à cuivre = 0,16 7311;

3° Chaque centimètre cube de caméléon indique 0,006336 de cuivre;

4° 0,34639 de sulfate de cuivre et 0,1697311 de cuivre correspondent tous les deux à 0,05 de glucose.

Le chiffre n indiquant le nombre de centimètres cubes de caméléon employé pour l'opération, multiplié par 0,006336, donnera le poids du cuivre réduit, et ce poids de cuivre réduit, divisé par 0,169311, donnera le poids de glucose qui a réduit le cuivre.

n étant le nombre de centimètres cubes de caméléon employé, d'où la formule $x = \frac{n\ 0{,}066336}{0{,}1097311} =$ glucose.. (*Lyon médical*, 13 février 1876.)

Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par la

propylamine. — Le docteur W. Mount (de Montréal) a lu à la Société médicale de cette ville les résultats qu'il a obtenus par l'emploi de la propylamine dans le traitement du rhumatisme. Reprenant les expériences d'Awenarius, de Gaston, Dujardin-Beaumetz, Namias, Césari, etc., etc., le docteur Mount est arrivé aux mêmes conclusions; il expose, dans sa communication, six cas où le médicament a amené la guérison dans un laps de temps qui varie de deux à huit jours: cependant, dans la cinquième observation, il est survenu une hydarthrose considérable qui a nécessité un traitement fort long. En résumé, M. W. Mount se loue beaucoup de l'emploi de ce médicament. (*Union médicale du Canada*, novembre 1875, p. 481.)

Du traitement de l'uréthrite par l'alun. — Le docteur de Vos a toujours employé avec succès, dans l'uréthrite aiguë ou chronique, les injections d'alun calciné; voici le procédé dont il se sert: au lieu de prendre une solution simplement saturée d'alun calciné dans l'eau, faire une solution sursaturée, à tel point qu'il reste une bonne quantité de poudre fine d'alun en suspension dans le liquide, quand on vient de l'agiter. On laisse reposer un moment le mélange, afin de faire descendre au fond du vase les petits morceaux d'alun non dissous et trop volumineux pour se maintenir suspendus dans l'eau déjà chargée. De cette manière on ne remplit la seringue que du liquide trouble, laiteux, qui surnage; et l'on évite de porter dans le canal urétbral des fragments de sel rugueux, qui, en irritant ce conduit sensible, contrarieraient absolument l'effet de la médication et aggraveraient plutôt la maladie.

On ne doit faire qu'une seule injection le soir en se couchant. (*Archives médicales belges*, décembre 1875, p. 206.)

Action topique sur la muqueuse stomacale des perles de chloral et de sirop de chloral. — M. Léo Testu a fait, sur les animaux, une série d'expériences fort intéressantes avec les diverses préparations de chloral; ces expériences l'ont conduit aux résultats suivants:

1° L'hydrate de chloral, administré en cristaux ou en solution aqueuse, détermine sur la muqueuse de l'estomac une irritation plus ou moins profonde, qui se traduit, selon les cas, par de la congestion, des ecchymoses, des hémorrhagies, des eschares, des ulcérations;

2° L'addition de quelques gouttes d'une solution de carbonate de soude fait disparaître l'acidité du chloral et en atténue les propriétés caustiques, sans toutefois les détruire;

3° Les perles et les dragées renfermant du chloral à l'état d'hydrate doivent produire les mêmes effets que l'hydrate de chloral;

4° Dans le sirop de chloral, le véhicule ne détruit pas les propriétés caustiques de la substance active. L'ingestion du sirop de Follet produit également des lésions gastriques de nature congestive ou inflammatoire; elles sont toutefois moins prononcées que celles qu'on observe dans l'emploi des solutions aqueuses.

Pour s'opposer aux inconvénients que présente l'administration des préparations de chloral par l'estomac, M. Léo Testu propose les moyens suivants: de ne jamais administrer le chloral à jeun, d'en neutraliser l'acide par l'addition d'une quantité relativement minime de carbonate de soude (5 gouttes d'une solution au dixième par gramme de chloral) et de faire absorber au malade avant, pendant et après l'ingestion de la substance hypnotique, la plus grande quantité possible d'eau ou d'une tisane quelconque, le degré de causticité du chloral étant en raison inverse de son degré de dilution. (*Gazette médicale de Bordeaux*, 1875-1876.)

La meilleure voie d'introduction du chloral est, à coup sûr, le rectum, surtout en employant la formule de G. Griffith, qui consiste à verser la solution de chloral dans un verre de lait, additionné d'un jaune d'œuf; à l'intérieur, on peut user du même mélange, ou se servir d'un lait de poule additionné de chloral, ou bien encore d'un julep huileux.

Des parasites dans la diphthérie. — M. le docteur Duchamp a fait une série de recherches fort intéressantes sur les fausses membranes diphthéritiques; il a recherché non-seulement l'existence d'un

prétendu parasite que Letzerich a décrit sous le nom de *zygodesmus fuscus*, mais encore comme se comportaient ces fausses membranes lorsqu'elles sont appliquées sur le larynx des animaux. Ces dernières expériences ont été faites sous l'inspiration du docteur Léon Tripier dans le laboratoire de physiologie de l'Ecole vétérinaire de Lyon; voici les conclusions de M. Duchamp :

A l'aide du microscope. il ne nous a pas été permis de reconnaître le parasite propre au processus diphthéritique.

1° Les fausses membranes du croup, transportées du larynx de l'homme dans le larynx et la trachée du lapin, peuvent donner lieu au développement du processus diphthéritique.

2° En l'absence des fausses membranes, les produits (bactéries, vibrions, ganglions) recueillis dans le larynx de l'homme atteint de croup, et transportés dans celui du lapin, paraissent perdre la même propriété; cependant, ils sont très-nocifs.

3° Cette nocivité ne saurait être mise sur le compte du traumatisme; en effet, l'eau distillée est absolument sans action.

4° L'injection, dans la veine jugulaire ou dans le tissu cellulaire sous-cutané du lapin, des fausses membranes provenant du larynx de l'homme. paraît tout au moins constituer un moyen défavorable à la reproduction du processus diphthéritique. L'un de nos sujets est mort d'une phlébite suivie de pyohém e, l'autre a succombé à une forme de septicémie.

5° Les réinoculations semblent affaiblir les propriétés nocives des éléments virulents. Dans les expériences que nous avons tentées du lapin au lapin, nos résultats ont été constamment négatifs.

6° En l absence de fausses membranes, les produits recueillis dans le larynx de l'homme et placés sous l'épiderme du lapin ne provoquent pas le développement du processus diphthéritique chez ce dernier animal; il peut même ne survenir aucun accident.

7° Les inoculations cutanées des fausses membranes provenant du larynx de l'homme, nous ont également donné des résultats négatifs sur le lapin et sur le cheval. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Sur l'érythème desquamatif scarlatiniforme. — Le docteur Jules Tremblay, se basant sur un fait qu'il a observé dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, décrit cette curieuse affection de la peau que le docteur Percheron a déjà signalée sous le nom de *dermatite exfoliatrice* (voir tome LXXXVIII, p. 528); voici les conclusions de M. Tremblay :

L'érythème desquamatif scarlatiniforme survient ordinairement isolé de toute manifestation scrofuleuse ou herpétique Peut-être pourrait-on le rattacher à la diathèse rhumatismale.

Il constitue une espèce morbide bien distincte de la scarlatine, un de ses grands caractères étant de se manifester par poussées successives et plus ou moins rapprochées.

On peut le considérer comme non contagieux et d'une nature relativement bénigne, puisque l'état général du sujet n'est jamais profondément atteint.

Enfin, les trois grands caractères qui font de l'érythème desquamatif un type spécial, bien défini, sont : la généralisation de l'affection, la desquamation par larges lambeaux, les récidives fréquentes. (*Thèse de Paris*, 1876.)

De la résection du genou. — Le travail intéressant de M. le docteur Picard est divisé en trois parties.

Dans la *première*, l'auteur étudie les résultats ordinaires de la résection. La statistique des cas publiés donne pour 634 cas une mortalité de 26 pour 100. Mais on devra tenir compte de cette remarque importante. que depuis quelques années la mortalité a beaucoup diminué, grâce à l'emploi du pansement de Lister ou de ce même pansement modifié par Howse. Ce chirurgien a opéré, à Guy's Hospital, vingt-sept résections qui ont donné seulement deux cas de mort par des causes étrangères à l'opération.

Le membre ainsi conservé est très-utile au malade et peut, dans un grand nombre de cas, être aussi utile que le membre sain. La réunion est ordinairement osseuse et

met ainsi à l'abri des accidents et des récidives.

Les indications de cette opération sont variables; cependant l'auteur arrive aux conclusions générales suivantes :

Dans le cas de tumeur blanche des parties molles, quand, après trois ou quatre mois de traitement, on n'aura pas obtenu d'amélioration notable, il sera utile de réséquer.

On devra réséquer encore plus rapidement dans les cas de tumeur blanche des parties dures, quand on soupçonne que les os sont profondément atteints, car c'est le seul moyen de débarasser l'économie des parties malades.

Comparée à l'amputation, la résection est beaucoup moins grave, d'après les statistiques.

Les cas de difformités, qui ont rendu l'opération nécessaire, sont l'ankylose fibreuse avec attitude vicieuse des membres, l'ankylose osseuse avec flexion, l'attitude vicieuse avec déformation causée par le rhumatisme chronique.

La *deuxième partie* est consacrée à la description de l'opération, qui, pour les auteurs anglais, consiste dans une large incision transversale passant au-dessus de la rotule, avec ablation ordinaire de celle-ci, sans enlever de parties molles. Le pansement de Lister et des appareils de suspension perfectionnés surtout par Howse, et la surveillance exacte des déplacements et saillies des fragments sont les points principaux étudiés dans cette seconde partie.

Dans la *troisième partie*, l'auteur passe en revue les autres procédés et appareils inférieurs. d'après lui, aux précédents, et il publie des observations qu'il doit à l'obligeance de M. Howse, qui a souvent pratiqué cette opération. (*Thèse de Paris*, 1875.)

Des opérations applicables au bec-de-lievre compliqué. — Le docteur Courmont regarde comme compliqué le bec-de-lièvre dans lequel les parties inférieures de la face présentent, en même temps qu'une fissure labiale, une autre lésion quelconque de même origine. Les principales complications sont la division du voile du palais ou de la voûte, la fissure de l'arcade alvéolaire et son irrégularité, l'atrophie de la lèvre supérieure, son accolement au maxillaire, enfin et surtout la proéminence des os incisifs. Ce sont, en un mot, les lésions surajoutées au bec-de-lièvre simple qui nécessitent une modification opératoire importante, ou des opérations successives.

M. Courmont admet trois classes dans ces complications, en se plaçant au point de vue des indications opératoires.

Le premier genre est caractérisé par l'absence de déformation osseuse; il réclame les procédés opératoires ordinaires du bec-de-lièvre simple. Plus tard on pratique la staphyloraphie ou l'uranosplastie s'il y a lieu.

Le second genre est caractérisé par l'existence d'une déformation osseuse d'un côté seulement. Dans ce cas. il est souvent indiqué d'exciser les parties dures saillantes, capables d'empêcher la réunion de la lèvre supérieure. Dans quelques cas on pourra fracturer les bords saillants de la fissure et les rapprocher de façon à pouvoir suturer les os, comme M. Duplay l'a fait dans plusieurs cas.

Le troisième genre, qui est le plus complexe, est caractérisé par la proéminence en avant de l'arcade alvéolaire, du tubercule intermaxillaire libre des deux côtés.

Pour cette variété, la résection du tubercule osseux par le procédé de Franco est encore la meilleure méthode.

Dans quelques cas on pourra recourir au procédé de Blandin, qui consiste à enlever une portion du vomer supportant le tubercule, afin de pouvoir refouler celui-ci. Malheureusement la présence de deux artères volumineuses qui rampent à la surface du vomer hypertrophié, est souvent la cause d'une hémorrhagie inquiétante.

Les autres procédés, tels que celui de Gensoul, qui consiste à fracturer le pédicule de l'os intermaxillaire, et celui de Desault, qui cherchait à refouler doucement ce tubercule, sont presque inapplicables à cause de la consistance du vomer hypertrophié.

Quant aux indications fournies par l'âge, on peut les résumer ainsi : On doit s'abstenir d'opérer pendant la première enfance quand il y a nécessité d'étendre le traumatisme aux os. (*Thèse de Paris*, 1875.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Section de la cornée dans certaines affections de l'œil d'origine inflammatoire. (Vose Salomon, *Brit. Med. Journ.*, 18 mars 1876, p. 343.)

Ovoriotomie (Deux cas heureux d'). (Lembe Atthill, *the Dublin Journ. of Med. Science*, février 1876, p. 101.)

Trochéotomie dans le croup (Thomson). (Même journal, p. 137)

Taille médiane dans vingt cas de calculs de la vessie (*The Loncet*, 18 mars 1876, p. 422.)

Sur la transfusion du sang. (Manzini et Rodelfi, *Gazzetta medica Italiana Lombordia*, 18 mars 1876, p 111.)

Galvano-puncture dans un cas de hoquet hystérique rebelle; guérison. (Dr O. Losana, *la Salute*, 15 mars 1876, p. 65.)

Enucléation de l'œil pour ophthalmie sympathique. (Dr Allen Lambert, *Cincinnati Loncet*, mars 1876, p. 227. — Dr Jones, *Dublin Journal of Mental Science*, février 1876, p. 123.)

VARIÉTÉS

Le professeur Béhier, que le journal *le Soir* disait être dans un état désespéré, va au contraire aussi bien que possible. Au moment même où cette fausse nouvelle était lancée avec une légèreté qu'on ne saurait trop blâmer, M. Béhior faisait à l'Hôtel-Dieu une de ses meilleurs leçons cliniques sur le cancer de l'intestin; le lendemain il reprenait son service d'examen à la Faculté, et il n'a pas un seul instant cessé de satisfaire aux nombreuses exigences de sa clientèle.

La presse médicale s'est empressée de démentir dans des termes fort sympathiques cette nouvelle ; nous exprimons à ce propos tous nos remerciments à nos confrères, et en particulier à *l'Union medicale*, qui la première a montré la fausseté de la nouvelle mise en circulation avec tant de sans-gêne par *le Soir*.

Hôpital Saint-Louis.— M. le docteur Ernest Besnier. Conférences cliniques sur les affections de la peau (clinique et thérapeutique appliquée) tous les mercredis, à huit heures et demie, salles Saint-Léon et Saint-Thomas.

Prix. — La Société protectrice de l'enfance met au concours la question suivante: Influence de l'alcoolisme chez la mère et chez la nourrice sur la santé de l'enfant. — Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français, doivent être adressés, francs de port, avant le 1er novembre 1876 au secrétaire général de la Société, M. le docteur Léon Duchesne, rue des Saints-Pères, 85.

Les travaux admis au concours ne seront pas rendus à leurs auteurs.

Les membres du conseil d'administration sont seuls exclus du concours.

Les concurrents joindront à leur envoi un pli cacheté contenant leur nom et adresse avec une devise répétée en tête de leur travail.

Faculté de médecine. — Par décret en date du 28 mars 1876, M. Potain, agrégé, est nommé professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Hardy, appelé à d'autres fonctions.

M. Parrot, agrégé, est nommé professeur d'histoire de la médecine et de la chirurgie, à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. Lorain, décédé.

Société française de tempérance. — Cette société a tenu sa séance solennelle le 26 mars, sous la présidence de M. Dumas, membre de l'Institut.

Après avoir entendu le rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre par M. Lunier, secrétaire général; les rapports de MM. Motet et Riant sur le concours de 1876, et celui de M. Rotureau sur les récompenses, la Société a décerné : à M. Antony Boulliet, une médaille d'argent et deux récompenses de 500 francs et 300 francs; à MM. les docteurs Coustan et Gibert, des médailles d'argent et des récompenses de 500 et de 200 francs; à M. Blanc, ouvrier typographe, une médaille d'argent et une récompense de 400 francs, et à MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé un encouragement de 500 francs. La société a décerné en outre huit médailles d'argent : à MM. Langlois, instituteur à Buc (Seine-et-Oise); Peignier, instituteur à Moncel-sur-Seille (Meurthe-et-Moselle); Blanlot, instituteur à l'hospice Saint-Louis, de Caen; Martin (Auguste), de la boulangerie centrale des hôpitaux de Paris; Chagnard (Jean-Baptiste), de l'hôpital du Midi; Chevalier (Nicolas), de l'asile d'Auxerre, et Lecoq (Louis-Philéas), conducteur de la compagnie des omnibus : 219 médailles de bronze et 31 livrets de caisse d'épargne de 25 à 50 francs, soit ensemble 4 310 francs.

Hôpitaux. — Concours pour deux places de médecin du Bureau central. — *Jury :* MM. Béhier, Blachez, Mauriac, Moutard-Martin, Chauffard, Labbée, Voillemier. — *Juges suppléants :* MM. Laboulbène, Luys, Bouchut, Barth. Mesnet, Peter. Marc Sée, Richet, Dolbeau, Duplay, L. Labbé. — *Candidats :* MM. Carrière, Chouppe, Danlos, Debove, Dieulafoy, Gingeot, Gouguenheim, Gouraud, Hallopeau, Hirtz, Homolle, Huchard. Labarraque, Lacombe, Labadie-Lagrave, Dandrieux, Legroux, Lorey, Percheron, Quinquaud, Rathery, A. Renault, J. Renaut, Rendu, Rück, Sanné, Schweich, Sevestre, Straus, Tenneson.

Nécrologie. — M. Balard, membre de l'Institut, professeur au Collége de France. — M. le docteur Aubrun-Dewulf, ancien interne des hôpitaux. — Le docteur Galtier, à Paris. — Sir Cordy-Burrow, à Brighton. — Le docteur Henry Lethevy de *London Hospital.* — Le docteur John Fisher, à Londres.

Erratum. — Dans les conclusions du travail de M. Debout (voir p. 269), médecin inspecteur de Contrexeville et fils de notre regretté prédécesseur au *Bulletin*, il s'est glissé une erreur de mise en pages. A la page 269, avant le chapitre *Grave le phosphatique*, il faut placer les quatre lignes qui commencent par ces mots : « j'attirerai enfin votre attention », et qui se trouvent placées à la cinquième ligne de la page 270.

L'administrateur gérant : DOIN.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Du médicament (1);

Considérations générales par M. le professeur Hirtz,
Membre de l'Académie de médecine.

La définition du médicament, recherchée par les auteurs classiques, n'a pu aboutir jusqu'ici à une formule rigoureuse. Pour le distinguer de l'aliment, on a dit que c'est une substance ou un agent destiné à modifier les organes et les fonctions en dehors de toute action nutritive. Mais le lait qui guérit l'ulcère de l'estomac, la diète azotée qui enraye le diabète, etc., nous montrent qu'on ne peut pas absolument en exclure le régime alimentaire, ni même les autres agents de l'hygiène. Dire, d'un autre côté, que le médicament est une substance qui ne fait pas partie de la composition de nos organes et doit être éliminée après son œuvre temporaire, c'est oublier que certaines substances n'agissent qu'en nourrissant certains éléments de nos organes, comme le fer, qui s'incorpore aux globules du sang, comme les phosphates terreux qui font partie de nos os, ou l'huile de morue qui entretient la graisse.

En y regardant de plus près, on s'aperçoit que la difficulté n'est qu'apparente et ne repose que sur une fausse conception de l'action thérapeutique, les agents de l'hygiène et ceux de la pharmacie n'étant pas absolument distincts par leur nature et leur mode d'action. Les uns et les autres modifient les tissus et les fonctions de nos organes; seulement, les premiers agissent plus sur leur dynamisme, les seconds sur la nutrition; les premiers ont une action transitoire, mais vive, les autres une allure plus lente, mais continue. Ceux-là agissent sur l'activité morbide des organes pour les ramener à la normale, ceux-ci sur leur nutrition pour maintenir la santé; les premiers sont curatifs, les seconds sont préventifs. On voit que l'idée de la *finalité* entre pour quelque chose dans la définition du médicament et c'est la seule différence réelle.

(1) Ce chapitre est extrait d'un article fort important sur le médicament et la médication qui va paraître dans le tome XXII du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, publié par MM. J.-B. Baillière.

On peut donc, sans se tenir à la rigueur scolastique, définir le médicament une substance ou un agent destiné à ramener au type normal les organes et les fonctions déviés par l'état de maladie, en déterminant des modifications temporaires dans leur dynamisme ou dans leur nutrition.

Cette définition, qui répond à la conception scientifique de l'idée thérapeutique, nous la donnons par anticipation, sauf à la justifier par les considérations qui vont suivre. En effet, ce qui importe ici, ce n'est pas une formule plus ou moins rigoureuse pour distinguer le médicament de l'aliment; il y a là une intuition qui supplée à l'imperfection de la formule. Ce qui importe, c'est d'avoir une conception nette de l'acte thérapeutique en général, et en particulier de l'action des agents qu'il emploie. Nous avouons tout de suite que ce sera l'objectif principal de cet article.

Car notre conviction est que c'est faute d'une compréhension nette de la nature et du but de cette action que la thérapeutique est restée en dehors de la méthode scientifique et de la route du progrès. Or, cette méconnaissance du but et de la nature de l'action médicamenteuse tient en premier lieu elle-même à une conception vicieuse de l'*idée de la maladie*.

Nous l'avons écrit il y a longtemps (*Bull. thérap.*, 1861, 1862, 1865, etc.) : il y a deux manières, disions-nous dès lors, de peser l'action d'un agent thérapeutique fondée elle-même sur deux conceptions différentes de la maladie.

La première et la plus ancienne, mais qui a survécu jusqu'à nos jours, définit la maladie par une métaphore : « La maladie est un agent, un ennemi, qui s'acharne sur le corps; le médicament est un champion qui arrive au secours du malade; l'organisme est le théâtre de la lutte, et selon que c'est l'ami ou l'ennemi qui l'emporte, le malade guérit ou succombe. »

Explicite ou intuitive, c'est là le fond de la pensée ancienne. L'idée de la *lésion anatomique*, qui a prévalu depuis Morgagni et a été formulée plus rigoureusement encore par les anatomo-pathologistes, nos contemporains, quoique d'une forme moins symbolique, relève de la même conception : c'est toujours la maladie définie comme une lésion concrète, qui *attaque* le corps, pneumonie ou pleurésie ; c'est toujours le médicament qu'on dirige à l'attaque de la maladie prise en bloc. Dès lors, le criterium de la valeur du médicament, c'est inévitablement la guéri-

son ou l'insuccès, c'est-à-dire la conclusion empirique; car cette conclusion est forcée. La maladie étant définie comme une lésion ou comme un corps nocif, et non comme une physiologie morbide dont les éléments sont réductibles par l'analyse, le médicament, ne s'adressant pas à un des éléments de cette physiologie déviée, mais à la maladie complexe, ne peut plus être jugé sur son action physiologique élémentaire, mais sur le *résultat* pris en bloc, c'est-à-dire sur l'insuccès ou la guérison.

Il en résulte rigoureusement qu'on mettra à l'actif du remède tous ceux qui ont guéri, et à son passif tous ceux qui sont morts, fût-ce dans le premier cas la pilule de mie de pain, ou dans le second un agent précieux employé sans opportunité ou sur un malade perdu d'avance.

Que cette supputation se fasse au juger, et par souvenir, ou qu'elle se chiffre dans les colonnes du numérisme, ce n'est pas moins de l'empirisme, c'est-à-dire l'absence d'indication rationnelle, l'indifférence à toute étude pharmaco-dynamique et l'absence de tout criterium scientifique. C'est la base sur laquelle s'appuient toutes les hérésies thérapeutiques, toutes les extravagances de l'homœopathie et toutes les témérités du charlatanisme et de la superstition, car toutes se prévalent du même criterium : la guérison. Mais en ne considérant que la médecine honnête, pouvons-nous expliquer autrement cette alternative de triomphes et d'échecs, qui s'attache à tant de médications, prônées au début comme des panacées irrésistibles, et tombées peu à peu dans le discrédit et l'oubli, pour changer de nouveau de rôle, selon le tour capricieux de la roue de la fortune.

L'éternelle objection des empiriques, c'est l'histoire des *spécifiques*, dont l'action est à peu près certaine, quoique restée sans explication. Sans doute, il faut bien le reconnaître, la science n'est pas encore arrivée à déterminer, pour tous les médicaments, la voie rationnelle par laquelle s'accomplit la guérison. Or quand cette guérison est constante ou du moins un fait de règle générale, force est bien de l'admettre, quand même elle ne s'adresse qu'à la maladie prise dans sa totalité. Tel est le mercure pour la syphilis et le quinquina pour la fièvre palustre. Les expériences entreprises pour en expliquer l'action ont donné lieu à des hypothèses sans valeur. Il serait, nous en convenons, fort désirable pour l'humanité que nous pussions posséder pour chaque maladie un spécifique comme ceux que nous venons de nommer;

l'art en serait singulièrement simplifié et fortifié. Mais comme, depuis les origines de la médecine jusqu'à nos jours, on n'a pu encore, malheureusement, trouver que deux spécifiques, c'est une raison de plus pour remonter à la connaissance physiologique et à l'emploi rationnel de tous les autres agents de la thérapeutique, plutôt que de se jeter dans les bras de l'empirisme. Il est bon de rappeler, d'ailleurs, que ces deux célèbres spécifiques se rapportent exclusivement à des maladies également spécifiques et peuvent agir comme substances de neutralisation d'un agent toxique, ce qui n'est pas le cas pour la généralité des maladies.

Quelles sont les idées qui doivent présider à l'évaluation de l'action médicamenteuse? quelle est la méthode qui en doit déterminer l'emploi?

Il y a bien des années que nous avons cherché à indiquer la direction qu'elle doit suivre, les résultats auxquels elle doit tendre et le criterium qui doit les juger. Nous sommes heureux de constater que, dans les derniers temps, de savants auteurs, Gubler, Oulmont, Fonssagrives, Schroff, Ferrand, etc., sont entrés résolûment dans la même voie, en s'appuyant avec une rigueur scientifique sur les résultats acquis par les travaux modernes, et particulièrement sur ceux du célèbre physiologiste du Collége de France.

Ces idées et cette méthode ne sont d'ailleurs autres que celles qui président depuis le début de ce siècle à l'étude des sciences biologiques : c'est l'observation et l'expérimentation. Toutefois on éprouve une impression pénible à penser que tant de savants médecins qui, par leurs recherches ou leurs études, sont ou deviendront des maîtres dans la physiologie normale et pathologique, abandonnent encore en face du problème thérapeutique la méthode qui les avait si sûrement guidés ailleurs pour s'abandonner à l'empirisme, et, ce qui est pire, au scepticisme.

Ce qui explique peut-être pourquoi ces études sont si délaissées, c'est qu'elles exigent, non pas plus de valeur scientifique, mais plus d'expérience clinique, et qu'elles demandent des qualités, nous dirions presque des vertus de persévérance et de patience qui ne sont pas l'apanage du plus grand nombre, surtout chez les hommes très-jeunes ou très-occupés ; car l'action médicatrice ne se dégage pas du corps humain aussi aisément que les gaz du fond d'une cornue chimique.

Toutefois la question est à l'ordre du jour, poursuivie par des observateurs sévères et réfléchis et des expérimentateurs habiles. De cette observation et de cette expérimentation est née une conception plus physiologique de la maladie, et qui doit servir de base et de but à la recherche du problème thérapeutique.

1° Selon cette conception, *la maladie ne doit plus être considérée comme un corps concret, surajouté à l'organisme, ni même comme une lésion, mais comme un acte physiologique dévié de son type normal.*

Cette donnée est capitale en thérapeutique : elle nous montre la lésion visible, non plus comme une cause, mais comme un *résultat* peu fécond pour le traitement, et comme dernière forme de la maladie, l'apogée de son évolution; car avant d'être amenée à ce point, elle a dû passer par des phases dynamiques et diathésiques, c'est-à-dire par une activité cellulaire, organique ou fonctionnelle, bien autrement tributaire du traitement qu'un simple produit. C'est en s'attachant exclusivement à ce produit que la thérapeutique est devenue si stérile entre les mains du pur anatomisme.

En effet, la doctrine de la lésion se retranchant dans une localisation grossière et superficielle, ne connut guère la physiologie pathologique initiale ni la pharmaco-dynamique correspondante, ou du moins elle ne la chercha pas là où il faut l'étudier et la modifier, c'est-à-dire dans l'évolution vivante des éléments organiques, ou mieux encore dans la modalité pathologique de la *fonction*, de l'organe ou de l'organisme. Car les éléments primitifs des tissus fournissent en général moins de prise, et surtout une prise moins prompte à l'agent médicamenteux, que l'acte physiologique de l'organe. Les premiers relèvent des processus lents de la nutrition, le second du dynamisme vital, plus prompt et plus facile à modifier et même plus directement dangereux. Ainsi, les accidents déterminés par une maladie du cœur sont moins liés à son hypertrophie qu'aux déréglements de sa vitalité, et ceux-ci plus faciles à atteindre que sa nutrition. Ainsi, dans les inflammations aiguës (pneumonies), la fièvre est plus promptement mortelle que la lésion, et plus facile à influencer que cette dernière. Ce sera l'honneur de la science contemporaine d'avoir expérimentalement établi cette vérité, et ce sera dans cette direction que l'étude des agents thérapeutiques trouvera sa voie féconde. Ces propositions de thérapeutique physio-

logique n'engagent dans aucun cas, nous le verrons plus bas, les convictions dans le sens vitaliste ni organicien : nous nous limitons au terrain clinique.

2° *Le médicament doit être considéré comme une substance, un agent capable de ramener au type normal la fonction organique déviée.*

En effet, le médicament ne s'adresse pas à la maladie entière, ensemble complexe d'éléments divers, quoique subordonnés entre eux par un lien commun, mais il s'adresse à un ou plusieurs de ses éléments, à un ou plusieurs tissus, quelquefois à un seul élément organique ou à une seule fonction. La guérison n'est pas une résultante, mais un résultat simple dû à la restitution d'une ou de deux fonctions principales.

3° Par conséquent, *la valeur virtuelle d'un médicament doit se dégager non de la maladie considérée comme un tout, ni du fait brutal et inintelligent de la guérison ou de l'insuccès final, mais de son action modificatrice sur tels organes ou telle fonction, ou (exceptionnellement pour les spécifiques) de son influence clinique sur certaines espèces morbides.*

En effet, il n'y a pas de médicaments antipneumoniques ou antityphoïdes ; mais il y en a qui diminuent la température ou restituent la tension vasculaire ; d'autres soutiennent ou dépriment les forces, favorisent les évacuations et deviennent ainsi les agents indirects de la guérison. Il n'y en a même pas qui soient directement antiphlogistiques ; car l'inflammation elle-même est constituée par des actes divers, tributaires chacun d'un modificateur particulier. Ainsi, le vésicatoire, par exemple, n'agit probablement pas de la même manière et sur le même élément que le cataplasme ou la sangsue ; l'action vaso-motrice dans le premier cas, le relâchement vasculaire dans le second, la déplétion directe ou réflexe dans le troisième constituent des éléments thérapeutiques différents.

En pathologie, on peut disserter, comme dit très-bien Fonssagrives, sur la pneumonie comme unité morbide ; mais en pratique, le type disparaît et on est devant des pneumoniques. La pneumonie, comme toutes les maladies, n'est pas, au point de vue thérapeutique, une unité irréductible. Le médicament ne guérit point de toutes pièces, c'est un modificateur de certains troubles dominants.

Il faut supputer, étudier cette action élémentaire, pour avoir

la mesure de la valeur de l'action médicamenteuse. Cette étude est facile, parce que cette action est simple, ordinairement palpable et constante à elle-même. Le tartre stibié s'adresse à la température morbide, à la composition du sang, aux sécrétions; la digitale diminue la chaleur, ralentit le pouls, en augmentant la tension du cœur; ni l'un ni l'autre n'en veulent directement à la pneumonie. Demandez-leur s'ils ont rempli leur rôle élémentaire, c'est-à-dire l'action pharmaco-dynamique, leur unique objet; car, pour ce qui est du second, la guérison, ne les en rendez pas responsables. Elle peut arriver si vous avez frappé juste, et avec opportunité; elle peut manquer par bien des raisons indépendantes de leur action.

4° *La supputation de l'action dynamique, la détermination de l'indication thérapeutique et l'appréciation du résultat final ne peuvent reposer que sur ces actes élémentaires.*

Le médicament est donc comme le bistouri, un agent inconscient; bien ou mal manié, bien ou mal indiqué, il peut donner le salut ou la mort. Le hasard, la coïncidence, la gravité extrême ou la bénignité de la maladie, l'opportunité ou mille autres circonstances concourent au résultat final, indépendamment du médicament, et ne permettent aucune statistique fondée sur ce résultat; au contraire, l'action élémentaire a quelque chose de fatal, de suffisamment constant, malgré les perturbations faciles à prévoir et à expliquer. C'est donc par son action pharmacodynamique qu'il faut juger la virtualité du médicament, action élémentaire, nous le répétons. Alors, à la place de conclusions empiriques, on aura pour chaque agent une donnée précise sur ce qu'il peut ou ne peut pas; donnée qui, par sa constance et sa simplicité, se prêtera bien autrement à la supputation numérique que le résultat de la maladie. Il sera facile, par exemple, de savoir, par une statistique semblable à celle de Louis, pour les symptômes, dans quelle mesure de fréquence et d'intensité tel agent diminue la température, et dans quelle mesure un autre ralentit le pouls ou dilate la pupille, ou produit le sommeil ou l'insomnie, etc.

5° *Pour faire une thérapeutique rationnelle, scientifique, il faut connaître à fond la physiologie de la maladie et la physiologie du médicament, afin de dominer l'une par l'autre.*

Cela veut dire que le médecin analyste s'attachera, par une constante observation, à connaître l'évolution naturelle des ma-

ladies pour apprendre à la diriger : *Quo natura vergit, eo ducendum*. Il faut étudier ensuite les obstacles qui la contrarient, les perturbations qui la font dévier ; il faut apprendre à les deviner en quelque sorte. En un mot, en présence d'une maladie, il faut commencer par en établir non-seulement le diagnostic complexe et nominal, mais la *physiologie pathologique de tous les symptômes et de leur subordination entre eux*. Cette question résolue, les moyens de guérison ne manqueront pas à qui les connaît; ils se présenteront en quelque sorte d'eux-mêmes. C'est ce que nous appelons *dominer la physiologie de la maladie par celle du remède*. Cela signifie clairement pour tous ceux qui sont familiarisés avec le langage scientifique et les notions élémentaires de la thérapeutique, qu'il faut ramener l'action physiologique déviée par des moyens qui agissent en sens contraire de cette déviation. Ainsi, à une température trop élevée nous opposons les moyens antipyrétiques ; ainsi, au délire nerveux l'opium, à l'affaissement vital les toniques, etc. Est-il besoin d'ajouter que l'étude approfondie de la pharmaco-dynamique doit marcher de front avec toute étude clinique ; étude non point sommaire, mais détaillée, familiarisée avec les nuances, et qu'il faut reprendre au fur et à mesure des occasions et suivre constamment dans ses progrès ? C'est là une des pierres angulaires de la thérapeutique, et n'est-ce pas une banalité d'ajouter que celui qui ne connaît pas à fond la marche clinique des maladies et les vertus des médicaments, ne saurait en tirer parti?

Ce qui justifie notre insistance, c'est que ces notions tout élémentaires ne paraissent pas avoir fait beaucoup de chemin, même dans les régions savantes, où l'on s'occupe de la solution scientifique des grands problèmes de la médecine, et nous avons vu naguère, dans une thèse soutenue dans une circonstance solennelle, un candidat, répudiant les doctrines de ses éminents maîtres, rejeter comme base d'indication l'action physiologique des médicaments pour reconnaître comme guide l'empirisme.

6° *Cette méthode, qu'on peut appeler thérapeutique analytique, est la seule vraiment scientifique et progressive, et l'autre, qui ne prend pour criterium que le succès ou le revers, constitue une thérapeutique rétrograde, inféconde, qu'elle s'appelle empirisme ou numérisme.*

En effet, énumérer après chaque médicament les centaines de maladies où il a trouvé emploi et succès, comme on le voit dans

nos livres de thérapeutique; ou bien, après chaque maladie, énoncer les médicaments innombrables qu'ou peut lui opposer, comme dans nos traités de pathologie, c'est oublier, ainsi que nous l'avons déjà dit, la part du hasard, de la coïncidence, de l'opportunité et de mille autres circonstances étrangères à la force du médicament; c'est rester réfractaire à l'enseignement qui frappe tous les yeux, celui du discrédit qui atteint ainsi successivement tous les médicaments et toutes les médications après un triomphe éphémère, en conduisant les esprits les plus élevés au scepticisme, et les plus légers à rechercher leurs médicaments à la quatrième page des journaux et dans les prospectus industriels.

Est-ce que pareil discrédit frappe l'action physiologique bien étudiée? Non. La saignée a été abandonnée ou négligée parce qu'on avait mal étudié ses effets physiologiques et par suite exagéré son utilité thérapeutique; mais elle produit toujours le même effet de dénutrition et de spoliation. La belladone continue à dilater la pupille, et la digitale à abaisser la température et à ralentir la circulation; l'opium, comme autrefois, produit le sommeil et la strychnine les convulsions. Voilà le terrain sur lequel il faut édifier la thérapeutique moderne; car, seule de toutes les branches de la médecine, elle n'est pas encore entrée franchement dans les voies de l'analyse. Il faut qu'elle aborde sans restriction et sans délai la méthode pharmaco-dynamique et qu'elle applique ses études à l'expérimentation de l'action *élémentaire* des médicaments, comme le clinicien à son tour doit appliquer les notions de la physiologie à l'analyse des symptômes. De ces deux notions appliquées l'une à l'autre et mariées en quelque sorte ensemble naîtra le traitement rationnel.

Il est temps de se mettre à l'œuvre pour revêtir cette partie de la science du caractère de démonstration qui est le cachet de notre époque. Une fois le médicament déterminé par la pharmacologie et préparé selon les règles, il faut que son action soit expérimentée sur tous les organes, sa présence recherchée dans tous les tissus, son emploi précédé d'un diagnostic rigoureux et détaillé, son indication précisée conformément à son action primitive, et cette action étudiée, non pas au point de vue du résultat final, mais au point de vue des modifications physiologiques déterminées.

Donc, pour nous résumer, voici comment nous comprenons la

méthode scientifique en thérapeutique : Etant donnée une maladie, déterminer la physiologie des manifestations morbides ; grouper celles-ci suivant leur ordre de subordination entre elles ou suivant leur importance ; on décompose ainsi la maladie en un certain nombre de phénomènes dominants, même élémentaires, auxquels correspondent les propriétés pharmacodynamiques de certains agents médicamenteux ; c'est ce que nous appelons *thérapeutique analytique*. Les résultats obtenus sont faciles à constater, puisqu'il s'agit seulement de faire l'équation entre deux quantités simples : la fonction déviée et l'action restitutive.

Cette action analytique prend tantôt pour objectif l'organe malade, dans son tissu ou son activité, plus souvent peut-être une manifestation prédominante, comminatoire ; car toute maladie doit être considérée *primitivement* comme un *acte* dévié de son type physiologique. Comme conséquence *secondaire*, il y a le produit, l'exsudation, la lésion, et, comme conséquence *tertiaire*, les effets consécutifs à cette lésion. L'acte pathologique primitif qui prépare les deux autres n'est pas à nos yeux un acte de pur vitalisme en ce sens qu'il n'y aurait aucune modification matérielle ; mais ce n'est pas encore une lésion de nutrition ; ce serait plutôt une tension dynamique, analogue à celle que doit subir la fibre musculaire en se contractant ou un corps quelconque soumis à la tension électrique. Souvent, si l'intervention thérapeutique se réalise à ce moment, elle peut prévenir la lésion nutritive, tant qu'il n'y a encore qu'une activité morbide, et c'est là ce qui fait l'intérêt de la maladie considérée à ce point de vue. Une fois la lésion produite, la modification nutritive devient à son tour une indication curative, mais dans des limites très-étroites ; car nous n'avons guère d'action directe sur la vie cellulaire qu'il s'agit ici de modifier. Cependant, ici encore la thérapeutique physiologique, celle qui agit sur l'activité des organes, occupe le premier rang. D'un côté, en effet, surtout dans les maladies aiguës, le dynamisme général de l'organisme, qui accompagne et quelquefois domine la lésion, n'est pas toujours proportionnel à celle-ci et occupe quelquefois le premier plan de la scène en produisant le danger ; et d'un autre, les phénomènes morbides ou fonctionnels, même consécutifs à une lésion organique, sont tributaires du traitement dynamique, sans qu'il soit besoin de modifier la lésion.

Ainsi, pour la pneumonie, c'est bien souvent moins la conges-

tion pulmonaire qui tue que la fièvre ou l'adynamie, et la saignée sera plus rarement employée que les moyens antipyrétiques qui conjurent la fièvre (digitale, antimoine, veratrum) ou que les stimulants qui soutiennent les forces (alcool, etc.). Dans la fièvre typhoïde, dans les fièvres éruptives, c'est moins l'empoisonnement miasmatique que l'état fébrile qui tue et qu'il faut attaquer. Car dans ces pyrexies aiguës et graves, ce qu'il faut, c'est empêcher pendant quelque temps le malade de mourir de la fièvre ou de l'adynamie et laisser le temps à la nature de le guérir. Quand nous donnons avec tant de succès la digitale, pour conjurer les crises menaçantes dans les maladies du cœur, nous ne nous adressons pas à l'hypertrophie ou aux rétrécissements, mais au trouble fonctionnel qui seul est tributaire de notre intervention; et quand le bromure de potassium fait taire les convulsions épileptiques, ce n'est nullement en s'adressant à la tumeur causale.

Par action simple des médicaments, il ne faut pas seulement entendre l'action intime moléculaire, mais surtout l'action phénoménale et visible. Celle-ci seule est nécessaire pour fonder l'indication rationnelle; l'autre, à peine ébauchée, digne cependant de nos recherches, n'a engendré le plus souvent, jusqu'ici du moins, que des hypothèses. C'est à la seconde qu'il faut s'attacher, c'est celle que nous appelons l'action pharmacodynamique, expression qui comprend l'action primitive du médicament, tant sur le corps sain que sur le malade.

Ainsi, sans connaître *comment* l'opium fait dormir et comment la belladone dilate la pupille, ou par quelles modifications la digitale abaisse la température, nous fonderons sur ces propriétés physiologiques expérimentalement déterminées la thérapeutique rationnelle du délire nerveux, des fièvres inflammatoires ou des irritations spasmodiques. Ce n'est pas là, comme on pourrait le croire, une *médecine symptomatique;* on appelle ainsi celle qui ne s'adresse qu'à des phénomènes isolés et sans importance. La thérapeutique physiologique, au contraire, n'agit que sur les phénomènes dominants ou comminatoires, laissant le plus souvent l'œuvre secondaire à la tendance des corps vivants vers la reconstitution de leur type normal.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

De l'abus des injections hypodermiques de morphine (morphiomanie);

Par M. le docteur Edward LEVINSTEIN,
Médecin principal de l'asile de Schœneberg, à Berlin (1).

MESSIEURS,

Permettez-moi d'attirer votre attention sur une affection pour laquelle je ne puis trouver de nom plus convenable que celui de morphiomanie (*Morphiumsucht*). Elle n'a pas encore trouvé place dans les livres, et quelques observations seulement en sont rapportées dans la littérature médicale (voir Fiedler et Hirschfeld, in Kunze's *Zeitschrift für praktische Medicin*, 1875).

L'histoire de cette affection est courte : elle date de l'époque où la méthode des injections sous-cutanées par le procédé de Pravaz est devenue populaire; et, en dépit de la brièveté du temps, elle a atteint une grande et dangereuse extension.

La morphiomanie naît de l'abus des injections de morphine, et les résultats de cet abus sont des troubles du système nerveux tout entier. Les producteurs et les propagateurs de la maladie sont les médecins qui, dans les cas d'affections plus ou moins douloureuses et de longue durée, ont permis à leurs patients de s'injecter de la morphine sous la peau; et elle a été propagée davantage encore par les malades eux-mêmes, qui n'ont reconnu que le soulagement produit par l'injection, mais non ses dangers.

Les symptômes de la morphiomanie sont à peu près les mêmes que ceux de la dipsomanie; l'analogie des deux maladies s'étend même jusqu'au délire. Dans le *delirium tremens* de l'alcool et dans le *delirium tremens* de la morphine, le tremble-

(1) Lu devant la Société médicale de Berlin, et inséré dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, 27 novembre 1875. Traduit du *London Medical Record*, 15 février 1876, p. 55, par le docteur L.-H. Petit.

Nous avons cru devoir publier, *in extenso*, le travail du docteur Levinstein à cause de l'intérêt pratique qui s'y rattache ; tout en reconnaissant l'immense profit que la thérapeutique a tiré des injections sous-cutanées de morphine, il faut cependant ne pas oublier que l'abus de cette méthode peut entraîner les accidents les plus graves et que nous sommes à même d'observer malheureusement trop souvent. (*Le Comité de rédaction.*)

ment et les hallucinations sont pathognomoniques ; dans les deux affections les maladies inflammatoires des poumons, de l'intestin, etc., suivent une marche également grave. Elles diffèrent essentiellement par les particularités suivantes : dans la morphiomanie, la manie ne survient pas comme forme psychique de la maladie, et, contrairement à ce qu'on observe dans la dipsomanie, les victimes se rencontrent presque exclusivement dans les classes les plus élevées et les plus cultivées de la société.

A ceux qui usent fréquemment des injections de morphine, elles deviennent indispensables, afin d'éloigner tout malaise mental ou physique ; et ils s'adonnent ainsi à la morphine comme l'ivrogne au petit verre. Ils endorment leurs peines d'esprit, leurs troubles domestiques, leurs ennuis sociaux ; comme le buveur d'alcool fait avec sa goutte du matin, ils affermissent leurs membres chancelants avec la morphine ; et lorsque celle-ci a été excrétée, et que la sensation de dépression et de gêne, comme après l'excrétion de l'alcool, met devant leurs yeux leur position misérable et sans bien-être, et leur vie intellectuelle et corporelle brisée, une nouvelle dose du poison les aide à sortir de leur misère, qui n'est qu'en partie d'origine spontanée. Mais les intervalles pendant lesquels ils peuvent mener une existence supportable sans morphine deviennent de plus en plus courts ; l'envie de morphine s'accroît constamment ; le cercle vicieux qui les enferme se resserre de plus en plus, jusqu'à ce qu'ils deviennent incapables de résistance et qu'ils soient complétement détruits.

Je vous rapporterai l'histoire de trois cas, remarquables à la fois par l'élévation des doses de morphine et par leur emploi longtemps continué.

Une femme et son mari, confiés à mes soins par le docteur Günther, de Dresde, et le professeur Westphal, de Berlin, furent admis à la maison de santé de Schœneberg, le 19 juillet 1875.

Le mari était âgé de trente-huit ans, il avait été officier et était solidement bâti. Dix ans auparavant il avait appris à se servir de la morphine pour des douleurs rhumatismales, et pendant les cinq dernières années il s'était injecté journellement 1 gramme d'acétate de morphine.

Sa femme avait souffert pendant quelque temps de coliques hépatiques, contre lesquelles elle avait employé les injections de morphine. La guerre de 1870-71 lui enseigna une autre indication de son usage. Elle s'adonna à la morphine pour faire trêve à

ses chagrins, pour oublier les inquiétudes causées par les dangers auxquels étaient exposés les membres les plus proches de sa famille. Pendant les cinq dernières années elle s'était injecté journellement 8 décigrammes de morphine.

Les malades en étaient arrivés à l'état suivant : le mari avait perdu le sommeil, son excitabilité réflexe s'était accrue, sa sensibilité s'était exaltée et pervertie, il avait de la névralgie, des spasmes musculaires et de la sécheresse de la langue. Il n'y avait pas de constipation, et la pupille, au lieu d'être contractée, était dilatée. La face avait une coloration rouge remarquablement foncée; il transpirait au plus léger exercice, souvent même au repos, et à un tel degré, qu'il était obligé de changer de linge plusieurs fois par jour. Le malade, quoique intelligent et très-instruit sous beaucoup de rapports, n'avait de goût à rien ; il était hébété et épuisé, et se sentait malade.

Sa femme, âgée de trente-trois ans, avait la face d'un gris de plomb ; ses pupilles étaient à peine aussi larges qu'une tête d'épingle. La menstruation avait cessé depuis quatre ans. Elle avait de l'hyperesthésie et de la névralgie, ainsi que les violents frissons du type tierce. Son appétit était faible, elle avait en particulier de la répugnance pour les aliments animaux.

La mémoire et le jugement étaient bien conservés chez les deux.

Je supprimai entièrement la morphine, tout d'un coup, chez le mari. Quant à la femme, je diminuai quotidiennement la quantité, de sorte que l'emploi de la morphine fut cessé complétement dès le quatorzième jour.

Le premier jour après la suppression, le malade présenta un très-haut degré d'irritabilité; il se tordait au-delà de toute expression si on lui tâtait seulement le pouls ; il eut des frissons et des accès douloureux de toux. Le second jour, il fut très-déprimé et si faible, qu'on dut le porter au bain, l'habiller et le déshabiller. Dans la nuit, il eut de la diarrhée, qui continua quatorze jours. Avec la diarrhée, pendant les premiers jours, il y eut des symptômes de congestion vers la tête et des vomissements de temps en temps. Le patient se comportait comme une personne au désespoir; il demandait avec instance la morphine, frappait à la fenêtre et aux portes, etc. Des doses de 3 grammes de chloral ne produisirent pas de sommeil pendant les trois premières nuits.

Pendant les trois jours suivants, la sensibilité fut encore plus élevée, et il y eut de l'hyperesthésie du cuir chevelu et des vertiges. Le dernier de ces jours, cependant, le malade commença à manger et à se sentir plus à l'aise.

Quatre jours après le commencement du traitement, le patient dormit sans chloral, mais avec des interruptions ; pendant les heures d'insomnie de la nuit, il fut agité, et déprimé pendant le jour. Au bout de la deuxième semaine, il y eut une cessation de l'effet psychique et somatique de la suspension de la morphine, à l'exception de l'accroissement de la sensibilité.

La température ne subit pas de variations anormales pendant le traitement. Le patient gagna environ 2 500 grammes en poids pendant les quatre semaines.

Chez la femme, la réduction successive de la morphine injectée s'accompagna d'une augmentation d'irritabilité réflexe et d'un sentiment de malaise extrême et de perte des forces. Elle n'avait pas de sommeil, et lorsqu'elle était dans son lit, il lui semblait constamment qu'elle tombait. Il y eut des mouvements convulsifs des membres, et de la névralgie des organes génitaux et de la vessie. Elle évitait son lit, car, en s'y couchant, des contractures douloureuses des bras s'emparaient d'elle. Après que la dose quotidienne de morphine eut été réduite à 5 centigrammes, il survint une diarrhée modérée qui dura huit jours ; elle fut accompagnée d'anxiété, de vertiges, de palpitations de cœur et de rougeur de la face.

La malade, femme intelligente et fort instruite, se lamentait et pleurait comme une enfant, était excitée à un très-haut degré, et demandait incessamment la morphine. Au bout de trois jours, la rougeur de la face disparut ; la malade était très-faible sur ses pieds et se plaignait de souffrir dans la région de l'estomac et du foie. Dix jours après la cessation complète de la morphine, les règles apparurent et suivirent un cours normal. Après être restée en traitement pendant quatre semaines, la malade quitta l'établissement heureuse et gaie, ayant gagné 2 000 grammes en poids.

Le troisième malade était un homme de trente-deux ans, vigoureusement bâti, la peau pâle, jaunâtre, les yeux caves. Les pupilles étaient dilatées ; pas de constipation ; puissance virile perdue depuis six mois. Depuis trois mois, il s'injectait plus d'un gramme de morphine par jour. Le 9 octobre, il entra à la maison de santé pour se faire soigner de son habitude d'employer la

morphine, car il avait perdu le sommeil et l'appétit, et il était troublé par des vomissements abondants tous les matins.

L'usage de la morphine fut suspendu tout d'un coup. Douze heures après, il y avait dépression, faiblesse, mélancolie, et convulsions cloniques. Le lendemain, il y eut de la diarrhée, qui dura neuf jours, et des vomissements violents qui continuèrent pendant huit jours. Pendant les cinq premiers jours, il fut entièrement privé de sommeil, et il eut des illusions et des hallucinations de la vue.

Le quatrième jour, il eut des tremblements des muscles de la face, de la langue et des membres ; la parole était difficile, et il y eut des spasmes convulsifs des membres.

Le cinquième jour, la parole devint plus difficile encore, le malaise et les hallucinations de la vue augmentèrent pendant la nuit et affaiblirent le malade. Sa voix était rauque, discordante et hésitante ; son aspect était celui de l'affaissement.

Pendant la cinquième nuit, le malade, en s'asseyant dans son lit, tomba brusquement en arrière sur son oreiller ; la respiration s'arrêta et devint ensuite difficile et haletante. Il avait le *facies hippocratique*. Au bout d'une demi-heure le pouls et la respiration se relevèrent ; mais il resta un degré élevé de collapsus. Le sixième jour, il dormit une demi-heure, et le septième jour, après un bain avec affusion, une heure et demie. Jusqu'au huitième jour, il vomit toute sa nourriture ; l'appétit revint alors et les vomissements cessèrent. Le neuvième jour, le patient se sentit plus à son aise ; il dit qu'il n'avait plus envie de morphine, et qu'il était seulement incommodé par l'insomnie.

Il y eut une élévation de température à 38°,5, la quatrième nuit.

Un examen presque journalier de l'urine dans les deux premiers cas montra, les deux premiers jours après la suppression de la morphine, une déviation du plan de polarisation à gauche ; d'autre part, le réactif de Trommer, appliqué pendant les quatre semaines d'observation, donna, dans les deux cas, une réduction de l'oxyde de cuivre hydraté. Dans le troisième cas, il n'y eut pas de changement dans le plan de polarisation, mais le réactif de Trommer donna le même résultat que dans les autres cas. Cette réduction ne pouvait être due au chloral, car la femme ne le prit que peu de fois, et le dernier malade n'en prit pas du tout.

Les symptômes de la morphiomanie sont si distinctement définis

dans ces cas, qu'il n'est pas nécessaire de les décrire spécialement. Il est digne de remarque que l'abus de morphine produit presque les mêmes phénomènes pathologiques que ceux contre lesquels elle est employée comme remède. Hyperesthésie, névralgie, insomnie, anxiété, dépression et irritabilité, sont à la fois vaincues et produites par la morphine. De plus, lorsque la morphine est brusquement ou peu à peu suspendue, il y a pendant les premiers jours une aggravation considérable des accidents, surtout du système nerveux cérébro-spinal et vaso-moteur (faiblesse de la démarche, tremblements, degrés divers de frisson, rougeur foncée de la face, sueur sur tout le corps).

Quant au pronostic de la morphiomanie, je dirai que sur un grand nombre de patients j'ai vu seulement 25 pour 100 de cas de guérison ; dans un plus grand nombre de cas il y eut rechute. Dans deux cas, j'ai vu l'abus de la morphine suivi de marasme et de mort ; deux autres malades se suicidèrent. Cinq étaient buveurs ; parmi ceux-ci était la femme d'un collègue, qui avait lu dans un ouvrage de matière médicale que l'alcool était un antidote de la morphine; elle l'employa comme remède pour se guérir de l'habitude d'employer cette substance, et en périt victime.

Le traitement de la morphiomanie consiste principalement dans la cessation de la morphine; et la suspension brusque est préférable à la suspension progressive. L'organisme supporte mieux une intervention brutale et énergique que celle qui agit lentement, comme nous le voyons dans les opérations chirurgicales, obstétricales, etc. Le traitement des malades exige une attention personnelle du médecin, et c'est une tâche difficile et ingrate.

Sevrer les morphiophiles invétérés est impossible, à moins qu'on ne les traite comme des prisonniers. Pendant qu'on suspend la morphine, il faut les isoler et les faire surveiller constamment par des personnes instruites inaccessibles à toutes les tentatives de corruption. Il est difficile de trouver de ces personnes; car quelques-unes apportent en secret de la morphine aux malades par l'attrait de la récompense, et d'autres ne peuvent résister aux supplications pathétiques et aux souffrances cruelles des malades. Les portes et fenêtres doivent être fermées contre toute communication avec le monde extérieur. Les habits des malades, les sofas, les armoires de leur chambre doivent être examinés de temps en temps; car il est caractéristique pour tout

morphiophile qui vient volontairement ou involontairement dans un établissement pour y être traité de morphiomanie, qu'il apporte avec lui une forte dose de morphine, et une ou plusieurs seringues à injections. Les médecins ne doivent se fier ni aux promesses ni aux assurances les plus solennelles, ni à la parole d'honneur, que les patients donnent volontiers. La morphiomanie, comme toute passion, prend place à côté du caractère de l'individu ; les mieux élevés, les plus judicieux et intelligents n'évitent aucun moyen, aucune ruse pour tromper le médecin, et pour conserver la morphine qu'ils ont apportée avec eux, ou pour s'en procurer d'autre.

Si le médecin est énergique, observe constamment son malade, s'il a de l'influence sur les surveillants et si ceux-ci sont honnêtes, la partie la plus difficile du traitement est accomplie en huit jours.

Au bout de douze heures de cessation de la morphine, survient habituellement du collapsus; il faut par conséquent garder le patient au lit, et, pendant les huit premiers jours, ne pas le priver de l'usage de vins stimulants ; il est même nécessaire pour les femmes de prendre de fortes doses de liqueurs alcooliques pendant cette période. Comme on l'a vu dans le troisième cas, le collapsus peut devenir assez grave pour mettre la vie en danger. On combat le danger par l'injection sous-cutanée de *liquor ammoniæ anisatus*, suivie aussitôt d'une injection de 15 milligrammes de morphine.

Si pendant les premières quarante-huit heures après la suspension de la morphine le malade ne gémit et ne se lamente pas, s'il est capable de manger pendant les premiers jours, et si sa contenance est animée, c'est qu'il a, malgré ses dénégations, usé de la morphine. L'étroitesse des pupilles et l'absence de diarrhée confirmeront bientôt cette idée.

La détresse, l'insomnie et le désespoir qui affectent les malades pendant les trois premiers jours, sont si graves, qu'il faut que le médecin soit profondément pénétré de la tâche qu'il s'est imposée pour regarder avec calme ces souffrances, et n'avoir ni oreille ni cœur pour le désespoir, les lamentations et les larmes.

Les tentatives de suicide de la part des malades, que leur malheureuse disposition mentale peut les pousser à accomplir, doivent être surveillées et empêchées.

On donnera des bains prolongés, à la fois comme remède

contre la névralgie qui apparaît pendant la période d'abstinence, et pour provoquer le sommeil pendant la nuit ; et si le collapsus n'est pas trop grand, il faut les combiner avec les affusions froides. La diarrhée, qui dans les cas observés par moi est presque toujours survenue immédiatement après la suppression de la morphine, n'est un obstacle au traitement que lorsqu'elle devient fatigante. L'injection dans le rectum, deux ou trois fois par jour, de 1 à 3 litres d'eau à la température du sang, aide à calmer bientôt ce symptôme.

Le vomissement, qui dans certains cas apparaît pendant les premiers jours d'abstinence, et qui ne cède à aucun remède, car en général il faut exclure les narcotiques du traitement, exige qu'on prenne soin de nourrir le malade par le rectum. Les lavements nutritifs de Leube sont très-utiles dans ces circonstances.

Comme la morphiomanie a des affinités avec la dipsomanie, l'usage de vin et de liqueurs alcooliques ne doit pas être défendu entièrement, mais doit être permis seulement à partir du moment où les malades commencent à prendre une nourriture régulière. Le traitement consécutif doit être réglé sur l'état général du malade. L'air frais, une bonne alimentation nutritive, et des préparations de fer, relèveront bientôt les forces abattues.

Par-dessus tout cependant, il est nécessaire, même avant la fin de la troisième semaine de traitement, de pourvoir à une occupation corporelle et surtout mentale pour les malades.

L'expérience enseigne que l'usage interne ou d'injections sous-cutanées de morphine, aussi longtemps qu'il ait pu être pratiqué par le médecin lui-même, ne conduit pas à la morphiomanie, et que cette affection se développa d'abord lorsque les médecins prescrivirent les injections de morphine et en confièrent l'administration aux gardes et aux personnes qui soignaient les malades. La raison que nous avons souvent entendu donner de ce fait, que le médecin est empêché de faire lui-même l'injection, n'est pas valable ; il peut alors se contenter de l'administration interne de la morphine, car, quoique l'effet soit un peu plus lent si on la donne par l'anus ou par l'estomac à jeun, elle soulage la douleur et produit le sommeil tout autant que par l'injection sous-cutanée. L'usage de la morphine à l'intérieur ne s'accompagne pas de la sensation de bien-être, tout à fait inutile, qui fait de cette substance une source de plaisir pour les patients, et les encourage à en continuer l'emploi.

Je connais les grandes et presque insurmontables difficultés qui s'opposent à la mise en pratique de mes conseils, mais il n'y a pas d'autres moyens de prévenir l'extension future de la morphiomanie.

Les suggestions et objections faites lorsque je lus un mémoire sur ce sujet au Congrès des naturalistes, à Gratz, furent principalement les suivantes. D'une part, on ne trouvait aucune raison de confier l'injection de la morphine aux personnes qui soignent les malades. Il peut y avoir des exceptions : comme règle, on se convaincra des désavantages qui accompagnent la pratique. D'autre part, on suggéra de demander à la législation de promulguer une loi défendant aux apothicaires et droguistes, sous peine de punitions graves, de vendre de la morphine à des personnes non autorisées. Une loi analogue existe déjà, et cependant un grand nombre d'apothicaires vendent de la morphine à quiconque en demande pour lui. En outre, il est souvent impossible de les rendre responsables, parce qu'ils sont eux-mêmes trompés par de fausses prescriptions.

La dernière proposition, qui fut approuvée, et qui certainement ne peut avoir de bons résultats, fut que dans chaque cas le médecin préviendrait auparavant l'apothicaire ; mais la fonction d'informateur peut ne pas être du goût de tout le monde. Au point de vue du danger qui menace la société par l'extension de la maladie, il fut regardé comme le devoir de tout médecin de faire personnellement les injections sous-cutanées de morphine. Le praticien fort occupé peut se borner à l'usage interne de la morphine, s'il ne peut exécuter cette prescription.

Entre les mains du médecin, la méthode des injections sous-cutanées est un bienfait pour le genre humain ; entre les mains des profanes, c'est une calamité.

Je conclus, messieurs, en vous suppliant de diriger votre attention sur cette nouvelle forme de maladie. Si vous vous servez de votre influence par vos discours et vos écrits, alors, mais seulement alors, s'arrêtera son développement ultérieur.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur un cas de hernie volumineuse étranglée réduite par le procédé américain ;

Par M. le docteur Bonnemaison, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Toulouse.

L'observation que je vais rapporter prouve que le hasard peut quelquefois modifier les décisions du praticien. En effet, s'il est de règle que, pour assurer la guérison, une hernie étranglée, irréductible par un taxis méthodique, doive être opérée sans retard, on voit quelques exceptions qui démontrent la possibilité d'obtenir, après un délai relativement considérable, un résultat inespéré. La temporisation ou même l'abstention proviennent tantôt de la pusillanimité des malades ou de leur espoir plus ou moins justifié qu'une réduction se fera par des manœuvres couronnées de succès dans des circonstances analogues; tantôt de la préférence du médecin pour les procédés de douceur ou bien de son tempérament qui répugne aux hardiesses et parfois, malheureusement, aux nécessités chirurgicales; ailleurs, il faut bien le dire, de son ignorance ou tout au moins de son inexpérience. Il peut arriver enfin que des circonstances, tout à fait indépendantes de la volonté de l'opérateur, mettent à néant les meilleures résolutions.

Chacun de nous a pu voir des cas dans lesquels l'oubli des préceptes thérapeutiques les plus élémentaires n'a point empêché la guérison de survenir, et d'autres cas où le patient, éloigné de tout secours, se tire merveilleusement d'affaire avant que la Faculté ait pu intervenir. Je me souviens, entre autres, d'un fait récent où un malade affecté de rétention d'urine par suite d'une hypertrophie prostatique se prit à uriner subitement lorsqu'on lui annonça mon arrivée, et aussi l'exemple d'une pauvre femme en couche qui, après quinze heures d'attente, rendit un placenta rebelle sans l'intervention de l'accoucheur retardé dans sa visite. On n'en finirait point de raconter les faits analogues qui sont fréquents, surtout à la campagne. Mais l'exposé de ces hasards de la pratique ne prouve qu'une chose, c'est que la puissance de l'organisme conserve parfois des ressources inattendues dont nous

devons à l'occasion savoir faire profiter nos malades. En aucun cas il n'est permis d'en conclure, d'une manière générale, aux avantages de l'expectation, qui cesse d'être rationnelle quand elle est désarmée.

L'observation suivante justifie de tous points les réflexions qu'on vient de lire; elle prouve aussi que certain procédé de taxis, peu classique encore, mais sanctionné par l'expérience, ne saurait être omis avant de décider l'opération de la kélotomie.

Observation. — Le nommé Lag... F.., âgé de quarante-trois ans, cuisinier, jouissant d'une bonne santé, mais ne redoutant pas assez les effets d'agréables libations auxquelles il se livre après sa journée de travail, porte depuis son enfance une hernie inguino-scrotale droite, qui depuis dix ans environ a pris un développement considérable. Jamais il n'a voulu porter de bandage, et, pour toute excuse, il allègue la facilité avec laquelle il fait habituellement rentrer sa hernie par un mécanisme que nous expliquerons bientôt. Une seule fois, paraît-il, la réduction s'est montrée laborieuse, et ce n'est qu'après trois jours de souffrances, mais sans vomissements ni constipation, que l'*inflammation* (sic) a pu être guérie.

Le 1er décembre 1874, Lag..., qui s'est oublié la veille au cabaret, éprouve de vives douleurs dans l'aine et les bourses, et ne peut, à son grand étonnement, réduire sa hernie, dont le volume a beaucoup augmenté. Il est survenu de la fièvre et des vomissements, alimentaires d'abord, bilieux ensuite; les selles sont supprimées depuis vingt-quatre heures.

Le lendemain (2 décembre) je suis appelé, et je constate que la peau de la région malade est tendue, douloureuse, d'une couleur rouge violacée, presque érysipélateuse. La tumeur herniaire est ovoïde, avec un pédicule durci et gros comme le poing d'un enfant; elle a 31 centimètres de long sur 40 de circonférence dans sa partie moyenne. A mon arrivée, le malade recommence, pour la centième fois peut-être, malgré les plus vives souffrances et toujours avec le même insuccès, ses tentatives de réduction. Voici comment il opère : prenant d'une main l'extrémité libre de la hernie qu'il soulève verticalement, de l'autre main il saisit à poignée la plus grande masse possible de la tumeur et, par un mouvement d'expression énergique dirigé vers le pédicule, il essaye de refouler cette masse vers l'abdomen. On dirait les mouvements, mais en sens inverse, auxquels on se livre pour traire une chèvre. Malgré tout son courage, prouvé par la sueur qui perle à son front crispé, le malade se désespère et nous réclame un secours immédiat.

J'essaye, mais en vain, à plusieurs reprises, de pratiquer un taxis modéré, sans violence; j'emploie le mécanisme usité par le patient, je fais même avec lui une sorte de taxis à quatre mains;

mais toujours sans résultat. Pendant ces laborieuses tentatives, le malade est pris d'un vomissement de matières fécaloïdes et de hoquet. Il y a de la fièvre à 100 pulsations, la langue est rouge et la soif très-vive.

Comme le sujet, qui vit seul dans un étroit logis, ne peut recevoir l'assistance nécessaire, il est question de le transporter à l'hôpital, où l'opération doit, à mon avis du moins, être pratiquée sans retard. En attendant l'exécution de ce projet, je prescris des applications de glace sur la tumeur et je défends toute manœuvre de réduction.

Le 3 décembre, dans la soirée, je me proposais d'aller prendre à l'hôpital des nouvelles de l'opéré, lorsque je fus rappelé à son domicile. Lag... avait refusé de quitter sa chambre et ne voulait pas entendre parler d'opération. Je le retrouvai dans une situation plus grave que la veille : la tumeur était plus tendue, plus violacée; les vomissements fécaloïdes étaient plus fréquents, mais se calmaient presque toujours par l'ingestion de petits fragments de glace; aucune selle n'avait eu lieu. Quant à la douleur, elle était plus supportable depuis l'application des vessies remplies de glace, et la fièvre n'avait point augmenté d'une manière appréciable. Il va sans dire que le malade avait, plusieurs fois et sans succès, renouvelé ses tentatives de réduction.

A mon tour, j'essayai comme la veille, mais avec toute la modération possible : je n'obtins aucun résultat. Me souvenant alors du procédé américain du docteur Leasure heureusement appliqué chez nous par le docteur Périer, dans un cas pareil au mien, je fis enlever les jambes du patient sur les épaules d'un aide placé au pied du lit. De cette façon le malade ne touchait plus au lit que par la tête et les épaules, et la flexion forcée de la colonne vertébrale permettait un relâchement aussi complet que possible des parois de l'abdomen. En somme, je suivais rigoureusement le procédé de Leasure. Prenant alors d'une main la hernie par son extrémité libre, et de l'autre main empoignant aussi largement que possible le corps de la tumeur ainsi tendue verticalement, je renouvelai les manœuvres familières au malade, et j'eus la satisfaction, après un temps assez court, deux ou trois minutes au plus, de sentir la hernie se vider peu à peu; une fois commencée, la réduction s'opéra très-facilement.

Dès lors, toutes les symptômes se dissipèrent graduellement, et la guérison fut bientôt complète ; mais la hernie conservait encore de la tendance à ressortir. En attendant l'application d'un bandage approprié qui ne devait être prêt que le 5 décembre, je recommandai instamment au malade de garder la position horizontale, d'éviter toute espèce d'effort, et de maintenir la hernie réduite soit à l'aide d'un appareil semblable au spica de l'aine, soit à l'aide de la main. Il devait en tout cas, à la première sortie de l'intestin, s'empresser de faire la réduction, et m'appeler s'il ne pouvait y réussir.

Le lendemain 4 décembre, le malade est purgé avec de l'huile

de ricin, qui provoque des selles copieuses et rappelle l'appétit.

Le 5, muni de son bandage, Lag... peut se lever et, deux jours après, reprendre ses occupations.

Depuis cette époque, la contention de la hernie a toujours été parfaite, et le patient, qui redoute avec raison un nouvel accident, surveille avec beaucoup de soin l'application et l'entretien de son bandage.

Cette observation méritait, selon moi, d'être rapportée pour deux raisons : la première, c'est que nous y retrouvons une preuve que certaines hernies volumineuses, nullement contenues, peuvent après une inflammation ou un étranglement qui durent plusieurs jours, ne pas contracter d'adhérences ; la deuxième, c'est que le taxis par la méthode du docteur Leasure, accréditée chez nous par notre habile confrère et excellent ami le docteur Périer, peut quelquefois être couronné de succès, alors même que la kélotomie semblait inévitable.

On peut donc, en pareille circonstance, quand les moyens ordinaires sont demeurés stériles, essayer le procédé américain qui a réussi plusieurs fois ; avec de la patience et de la douceur, et surtout en renouvelant la manœuvre de refoulement indiquée par mon malade et que j'ai heureusement imitée, on aura peut-être la chance d'éviter une kélotomie, et en tous cas la certitude de ne pas compromettre le succès ultérieur de cette grave opération.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Sur les voies d'élimination et d'action élective de la quinine (1) ;

Par les docteurs Pietro Albertoni et Francesco Ciotto.

Depuis que Gubler a récemment introduit dans la *physiologie des médicaments* la formule importante : *Pharmaca non agunt nisi secreta*, il est devenu d'un intérêt essentiel de rechercher si, en effet, les médicaments auxquels la pratique, d'un commun accord, a décrété une efficacité spéciale contre certaines maladies, trouvent bien leur véhicule d'élimination dans ces organes

(1) Traduit de la *Gazetta medica Italiana provincie Veneto*, 18 mars 1876, p. 93, par le docteur L. Henri Petit.

que l'on sait être frappés dans les maladies spéciales. Ainsi en doit-il être par excellence de la quinine, la reine des spécifiques. On sait que la quinine a été bien reconnue dans la sécrétion urinaire par beaucoup d'auteurs (1); mais peu de recherches et avec résultat négatif ont été faites à ce sujet sur la *sécrétion biliaire*. Et cependant ces recherches ont acquis une bien plus vive importance depuis qu'on a récemment établi qu'il y a dans le foie une voie d'élimination et d'action de certaines substances, par l'intermédiaire de *sa petite circulation entéro-hépatique* (2), et depuis qu'on sait que le foie est un des siéges de prédilection de l'action morbide des fièvres miasmatiques.

Voici un des buts de nos recherches présentes, mais l'esprit de la formule de Gubler ne doit pas s'appliquer tant au passage des médicaments dans les sécrétions que dans le blastème insterstitiel des tissus. La molécule médicamenteuse, pour exercer l'action convenable, doit être portée par le courant sanguin au sein des organes, passer dans le blastème interstitiel des milieux et servir ainsi à la composition des éléments histologiques, qui s'approprient les diverses molécules médicamenteuses, chacun selon ses propriétés particulières. Et Gubler a indiqué quelques circonstances physico-chimiques qui règlent les diverses voies des médicaments (3). Voici un autre des buts de nos recherches, auquel nous croyons ne pas avoir satisfait, mais à peine touché; nous avons cependant fait quelques constatations sur la présence de la quinine dans différents viscères.

Donnons d'abord les indications suivantes sur le procédé que

(1) Et non-seulement dans l'urine, mais encore dans la salive; comme le prouve l'amertume qui se manifeste quelques heures après l'ingestion de la quinine et qui persiste dans la bouche ainsi que la couleur qu'a prise le médicament en pilule; amertume qui n'a rien à faire avec celle que détermine l'ingestion du médicament en solution et qui est due à la salive qui reverse justement dans la bouche la quinine éliminée par cette voie. Prof. COLETTI.

(2) Voir à ce sujet ce journal, 1873, n°s 6 et 7, p. 40 et 49. (Rédaction de la *Gazetta*, etc.)

(3) Il serait intéressant et digne de recherches, ce fait, que l'action élective de beaucoup de médicaments s'exerce de préférence sur les organes par lesquels ils s'éliminent. Voyez, par exemple, les oléorésines qui se dispersent dans l'organisme; les essences s'éliminent de préférence par les poumons et par la peau; les résines, sous forme d'alcalino-résineux, prennent au contraire la voie des reins et des urines. C.

nous avons suivi pour isoler la quinine ou son dérivé (hydrossilquinine, d'après Kerner) des liquides et des viscères soumis à l'examen, et sur les réactifs employés pour en reconnaître l'existence.

A. *Procédé*. — Les différentes constitutions des matériaux sur lesquels on devait procéder, nous obligèrent à ne pas suivre point par point une méthode identique dans tous les cas; mais, grâce aux conseils des divers auteurs qui ont enseigné à rechercher les alcaloïdes de la manière la plus commode, en donnant autant que possible la préférence à ceux du professeur Francesco Selmi, nous nous sommes efforcés de porter l'alcaloïde à un degré de pureté qui en permît la réaction avec le moins de chances d'erreur possible.

Dans l'examen des viscères, nous avons commencé par les laver avec beaucoup de soin du sang qui s'y trouvait accidentellement; puis, hachés menu, nous les avons fait macérer pendant vingt-quatre à quarante-huit heures dans de l'eau acidulée d'acide sulfurique. Le liquide aqueux acide, obtenu par filtration et expression, a été ensuite évaporé au bain-marie jusqu'à consistance d'extrait mou.

Dans l'examen de l'urine, on en a fait la concentration, en la maintenant acide au moyen de l'acide sulfurique.

L'extrait des viscères, ou le produit de la concentration de l'urine, ou la bile, ou le sang en nature, ont ensuite été soumis au traitement suivant.

1° Digestion avec l'alcool presque absolu, acidulé au besoin avec l'acide sulfurique.

2° Filtration et lavage du résidu insoluble.

3° Evaporation de l'alcool.

4° Dissolution dans l'eau et filtration.

5° Concentration de la solution aqueuse.

6° Digestion du liquide acide avec l'éther, répétée autant de fois qu'il était nécessaire pour que l'éther reste sensiblement incolore.

7° Evaporation du liquide acide à consistance d'extrait.

8° Neutralisation de l'extrait par l'hydrate de baryum, préparé au moment même, avec l'oxyde et de l'eau en quantité suffisante pour le laisser légèrement humide, et en y ajoutant au besoin du sable dépuré pour tenir la masse subdivisée; quelquefois on

9° Digestion répétée avec l'éther pour enlever l'alcaloïde.

10° Evaporation de l'éther, redissolution de la matière restée avec l'acide sulfurique, dépuration avec l'hydrate plombique récent, et nouvelle digestion avec l'éther.

Lorsque cela est nécessaire, on répète quelques-unes des opérations indiquées, et l'on arrive à obtenir la solution ultime, ou entièrement décolorée, ou légèrement colorée, et l'éther en étant chassé, nous avons une substance qui, dissoute dans l'acide sulfurique, est soumise aux réactions.

B. *Réactifs*. — 1° Solution de chlore, contenant un volume de gaz pour un d'eau.

2° Solution d'ammoniaque, contenant 58 grammes et demi d'ammoniaque par litre.

3° Ferrocyanure potassique ; 50 grammes par litre de solution.

Pour nous prémunir contre les incertitudes des réactions dépendantes de la force ou de la proportion des réactifs, nous avons fait quelques essais préliminaires, en nous servant d'une solution de sulfate de quinine neutre dans l'eau acidulée d'acide sulfurique, et contenant de 0g,001 à 0g,00025 de ce sel par centimètre cube. Nous avons trouvé que pour bien réussir, l'eau de chlore devait être employée à volume égal à celui de la solution de quinine, si celle-ci en contient beaucoup ; sinon, à demi-volume ; — qu'en faisant tomber dans le mélange de chlore l'ammoniaque à petites gouttes et avec précaution, on obtient encore la coloration verte dans 1 centimètre cube et demi de liquide, formé de 1 centimètre cube de solution, contenant 0g,0005 de sulfate et un demi-centimètre cube d'eau de chlore ; — que, en ajoutant à une égale quantité de liquide chloré une goutte de ferrocyanure, puis l'ammoniaque, la coloration rouge était encore sensible avec 0g,000025 de sulfate ; — que la persistance de la coloration était plus grande pour le vert que pour le rouge, et que la présence des matières colorantes était plus nuisible à la sensibilité de la seconde qu'à celle de la première. Nous avons noté, en outre, que la fluorescence de la solution quinique était sensible encore dans la plus grande des dilutions indiquées; mais nous n'avons pu nous servir de ce caractère parce que les liquides à examiner n'étaient pas en masses suffisamment grandes pour que l'on pût remarquer le phénomène.

Nous nous sommes fait d'après cela une règle dans l'emploi des réactifs et nous avons procédé, suivant la possibilité ou la

convenance, aux deux réactions suivantes ou à une seulement.

1° Avec l'eau chlorée, puis l'ammoniaque, pour avoir la coloration verte, avec ou sans précipité vert.

2° Avec l'eau chlorée, puis le ferrocyanure potassique, enfin l'ammoniaque, pour obtenir la coloration en rouge. Phénomènes qui indiquent avec certitude l'alcaloïde qui fait l'objet de nos recherches.

ARTICLE Ier. — *La quinine, prise par la bouche, est-elle sécrétée par la bile ?*

Disons d'abord que les recherches faites jusqu'à ce jour par Mosler (1) et par Scott (2) n'ont pu révéler la présence de la quinine dans les sécrétions biliaires.

Mosler a pratiqué ses expériences sur des chiens qui portaient une fistule biliaire, en leur administrant le sulfate de quinine par la bouche et en recueillant la bile sécrétée dans les vingt-quatre heures suivantes. Mais nous avons des raisons de douter que ses animaux se trouvassent dans des circonstances favorables pour l'absorption, puisqu'il n'a pu constater non plus la quinine dans l'urine, après en avoir administré 1 gramme.

Avant donc de s'incliner devant un verdict aussi exclusif touchant un fait intéressant de physiologie de l'action quinique, tel que le passage de la quinine par la sécrétion biliaire, il paraît non-seulement utile, mais nécessaire d'instituer de nouvelles expériences. Peut-être, dans les recherches précitées de Mosler et de Scott, la constatation négative de la quinine dans la sécrétion biliaire dépend-elle de circonstances physiologiques ou expérimentales particulières, et constituant ainsi un accident, plutôt qu'un fait absolu de loi.

Plusieurs de nos expériences furent consacrées à cette question si importante.

EXPÉRIENCE I. — Chien de 12k,500. On lui injecte dans l'estomac, à travers une ouverture pratiquée à l'œsophage, 1 gramme de sulfate acide de quinine, dissous dans l'eau. Cinq heures après

(1) Mosler, *Untersuchungen über der Uebergang von Stoffen aus dem Blute in die Galle.* — (*Virchow's Archiv.*, XIII, I, p. 29, 1858, et *Schmidt's Iahrbucher*, 1858.)

(2) Nous ne connaissons pas le travail original de Scott et, en le citant, nous renvoyons à l'article *Chinina* du docteur Chirone dans l'*Enciclopedia medica* de Vallardi.

l'animal est sacrifié et l'on recueille la bile qui se trouve dans la vésicule biliaire, et dont la quantité est de 15 grammes.

En traitant cette bile par la méthode précédemment décrite, on obtient un résidu qui, additionné d'une goutte d'acide sulfurique dilué, puis d'eau de chlore et d'ammoniaque, donne une coloration verte manifeste.

Expérience II.—Chien de 22 kilogrammes. On lui injecte dans l'estomac, au moyen d'une sonde œsophagienne, 2 grammes de sulfate acide de quinine dissous dans l'eau. Deux heures après on ouvre la carotide, et l'on recueille 1000 grammes de sang et la bile que l'on trouve dans la vésicule biliaire, et dont la quantité est de 20 grammes.

On retira du sang un résidu du poids de 15 milligrammes, lequel dissous avec l'acide sulfurique dilué, traité en partie par l'eau chlorée et l'ammoniaque, donna une coloration verte, et pour l'autre partie par l'eau chlorée, le ferrocyanure potassique et l'ammoniaque, donna une couleur rouge.

Quant aux 20 grammes de bile, toutes les opérations pour isoler la quinine étant faites, nous obtînmes 1 milligramme d'une substance encore jaune pâle. Cette substance, additionnée d'un peu d'acide sulfurique dilué et traitée par l'eau chlorée et l'ammoniaque, donna la coloration verte.

Expérience III. — Chez un chien de 7k,500, on injecte par une fistule gastrique 60 centigrammes de sulfate acide de quinine dissous dans l'eau. Deux heures et demie après on le sacrifie, et l'on recueille 9 grammes de bile et 3k,50 d'urine.

Les 9 *grammes de bile.* — L'éther qui servit à digérer l'extrait alcalin étant évaporé, on dissout le résidu dans l'eau acidulée d'acide sulfurique, de façon à obtenir 1 centimètre cube. La solution n'est pas entièrement incolore, mais teintée légèrement en jaune clair. On la divise en trois portions; la première, qui est la plus grande, avec l'eau de chlore et l'ammoniaque, donne une forte couleur verte et un précipité. La seconde portion, plus petite, devient tout à fait limpide et décolorée par l'addition d'eau de chlore en proportion un peu plus grande; en ajoutant ensuite de l'ammoniaque, il apparaît une belle couleur vert-émeraude. De la troisième portion, la plus petite, on obtient avec l'eau de chlore, le ferrocyanure potassique et l'ammoniaque une coloration rouge bien distincte.

Les 3g,50 *d'urine.* — Soumise au même traitement que la bile, elle ne donna pas la réaction de la quinine.

Expérience IV. — Chez un chien de 5k,500, on introduit dans l'estomac 1 gramme de sulfate acide de quinine. Vingt minutes après les mouvements commencent à se montrer désordonnés; l'animal a une démarche incertaine et titubante, cherche à s'ap-

puyer contre les objets voisins et tombe de temps en temps. Au bout de deux heures et demie, on incise la carotide et on laisse mourir l'animal par hémorrhagie. On recueille : bile, 9 grammes ; urine, 7g,50 ; foie, 119 grammes ; cœur, 55 grammes ; cerveau, 62 grammes ; rate, 12 grammes.

Foie. — On évapore l'éther dans lequel doit ou peut être contenu l'alcaloïde libre et l'on dissout le résidu dans 1 centimètre cube d'eau acidulée. En ajoutant à la solution un demi-centimètre cube d'eau de chlore et deux gouttes d'ammoniaque, apparaît une belle couleur verte qui augmente par l'addition d'autre ammoniaque, formant un précipité très-abondant, qui persiste avec addition d'un excès d'eau de chlore et d'ammoniaque.

On conclut à la présence de la quinine dans le foie en forte proportion.

Dans la rate il y a aussi une réaction marquée de la quinine. Cette substance se reconnaît encore dans le cœur, mais ne se découvre pas dans le cerveau.

La recherche de la quinine dans l'urine et dans la bile reste négative.

EXPÉRIENCE V. — Chez un chien de 18 kilogrammes, on injecte par une fistule gastrique 1 gramme de sulfate acide de quinine, dissous dans 100 grammes d'eau.

On le sacrifie deux heures et demie après.

Dans la bile on ne trouve pas la quinine, que l'on reconnaît au contraire nettement dans le foie.

(*La suite au prochain numéro.*)

PHARMACOLOGIE

Sur un mode d'administration de l'acide salicylique à l'intérieur ;

Par M. A. CASSAN, pharmacien.

L'acide salicylique paraît devoir prendre une place importante dans la thérapeutique, mais son insolubilité presque complète dans l'eau, son peu de solubilité dans un liquide alcoolique, sont des obstacles qui peuvent arrêter à chaque instant le médecin.

Il est difficile, en effet, d'administrer des liqueurs très-alcoolisées à une femme, à un enfant ; d'un autre côté, la causticité de ce produit ne permet guère de le prescrire en suspension dans une potion gommeuse.

Ayant eu à préparer une solution d'acide salicylique, cet inconvénient m'avait frappé; pour tenir en dissolution 4 grammes d'acide salicylique dans 200 grammes de véhicule hydro-alcoolique, j'avais dû employer 125 grammes de rhum, liquide alcoolique choisi par le médecin, et 75 grammes d'eau distillée. Il n'y a qu'un homme, et encore faut-il qu'il soit habitué aux liqueurs alcooliques, qui puisse faire usage d'une telle solution.

J'ai été donc amené à chercher un agent qui pût faciliter la dissolution de l'acide salicylique, et je crois l'avoir trouvé dans le citrate d'ammoniaque.

Ce sel augmente d'une manière considérable le pouvoir dissolvant de l'alcool et de l'eau pour l'acide salicylique. Ainsi, tandis que 2 grammes de cet acide exigent pour se dissoudre de 40 à 50 grammes de rhum et de cognac, 8 grammes de ces liquides suffisent pour opérer cette solution en présence de 1 gramme de citrate d'ammoniaque.

Deux grammes d'acide salicylique se dissolvent aisément dans 120 grammes d'eau distillée, si on y ajoute 2g,50 ou 3 grammes de citrate d'ammoniaque, tandis que pour obtenir cette solution il faudrait employer plus de 1000 grammes d'eau distillée seule.

Le citrate d'ammoniaque que j'ai préparé en saturant par de l'ammoniaque une solution d'acide citrique au tiers, ne communique aucun goût désagréable au médicament, et je crois que dans aucun cas il ne peut constituer une entrave pour la médication; c'est enfin un produit que le pharmacien peut préparer sans difficulté, extemporanément, au moment du besoin.

On peut donc formuler comme suit :

1° Une solution :

Acide salicylique..........	4	grammes.
Citrate d'ammoniaque.......	2	—
Rhum ou cognac.........	30	—
Eau distillée.............	164	—

Cette solution contiendra environ de 25 à 30 centigrammes d'acide salicylique par cuillerée à bouche.

2° Une potion :

Acide salicylique..........	1	gramme.
Citrate d'ammoniaque.......	2	—
Sirop...............	30	—
Eau distillée.............	120	—

CORRESPONDANCE

Sur un cas d'empoisonnement par la laitue vireuse.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Le 15 mars de cette année, une famille composée de quatre personnes : un enfant âgé de dix ans, sa mère, âgée de vingt-neuf ans, l'oncle, âgé de cinquante ans, et un ouvrier de la maison, âgé de vingt-cinq ans, mangent à leur souper une salade de la saison, ramassée dans les prairies situées dans la vallée de la Garonne, et composée de pissenlits, de chicorée et aussi d'une laitue vireuse qui leur était inconnue et dont j'ai constaté le lendemain la présence par les parties de la plante qui avaient été rejetées. Tous les quatre mangent cette salade : seul, l'oncle ne trouve pas les feuilles de laitue à son goût, les écarte dans son assiette et ne mange que les pissenlits et la chicorée. Le repas avait lieu à sept heures du soir. On se couche à neuf. L'oncle passe très-bien la nuit, comme d'habitude. L'ouvrier, qui est d'une santé forte et robuste, ressent des coliques très-vives vers onze heures du soir, bientôt des nausées et des vomissements qui persistent toute la nuit. A cinq heures du matin, le repos arrive; mais il est tout surpris, quand le jour se fait, les douleurs ayant complétement cessé, de ne point distinguer les objets. Il prend un journal, mais ne peut lire aucune lettre, ni grosse ni petite.

La mère, d'un tempérament lymphatique, ressent des coliques toute la nuit; mais les vomissements n'arrivent qu'à huit heures du matin, douze heures après le repas : les vomissements renferment la salade et le repas de la veille. Comme l'ouvrier, elle est tout étonnée de ne pouvoir, quand le jour arrive, ni distinguer les objets ni lire.

Enfin l'enfant, un garçon de dix ans, très-intelligent, très-robuste, qui n'avait pu s'endormir selon son habitude, est pris vers minuit d'un délire très-gai qui s'augmente jusqu'au matin; il chante, saute sur son lit, se livre à tous les ébats sans qu'il soit possible de le contenir. Il ne se plaint pas du reste de douleurs de ventre, et n'a point de vomissements.

Appelé à sept heures du matin, je suis frappé de la physionomie toute particulière et identique des trois malades. Les pupilles sont très-largement dilatées, surtout chez l'enfant, dont l'iris ne paraît plus que comme une bordure excessivement mince. J'examine la vue, et je ne peux leur faire distinguer aucun objet. Je force l'enfant, très-intelligent, à porter longtemps son attention sur les grosses lettres du *Moniteur universel;* il prend l'M pour un P, l'O pour un V. L'effort qu'a fait l'enfant pour arriver à ce

résultat amène une vive congestion des yeux. Dans son délire qui continue, il a des hallucinations de la vue ; il croit voir sur son lit un encrier, un soldat, etc.

L'ouvrier ayant déjà beaucoup vomi, et la mère vomissant elle-même quelques instants après, je leur fis prendre simplement à plusieurs reprises une forte infusion de café. Quant à l'enfant, je prescrivis immédiatement 5 centigrammes de tartre stibié qui amenèrent des vomissements abondants. Mais les symptômes nerveux persistent aussi intenses. Tous les trois ont eu plusieurs selles liquides.

A midi je retrouve mes malades dans le même état, et je leur fais prendre à tous les trois la solution d'iodure de potassium iodurée.

A cinq heures, l'ouvrier distingue les grosses lettres, mais ne peut se remettre à son travail ordinaire d'ouvrier horloger. La mère voit un peu mieux les objets, mais ne peut lire. L'enfant a toujours le même délire, délire très-gai qui persiste jusqu'à quatre heures du matin, heure à laquelle il s'endort.

Le lendemain à huit heures du matin, je retrouve mes trois malades guéris ; l'enfant seul se plaignait de souffrir de la tête. Chez tous les trois, les pupilles sont encore un peu dilatées, mais les troubles de la vue ont entièrement disparu.

Ils n'ont jamais eu de fièvre : la température de la peau est restée normale pendant tout le temps. Il n'y a eu aucun autre symptôme morbide.

Cette observation m'a paru curieuse. Orfila avait bien constaté les effets toxiques de l'extrait alcoolique de laitue vireuse ; mais il ajoutait que les feuilles fraîches n'ont aucune action de ce genre. Dans le cas actuel, l'empoisonnement ne peut être mis en doute. L'oncle, qui avait mangé les mêmes aliments, la même salade, à l'exception des feuilles de cette laitue qui ne lui conviennent pas, n'éprouve aucun accident.

L'action identique du poison sur la vue chez les trois malades offre aussi un grand intérêt. Enfin l'enfant, plus impressionnable, a présenté des effets d'excitation cérébrale très-accentués dont la forme délirante a été une gaieté excessive accompagnée d'une très-grande agitation.

A. Boe,

Médecin en chef de l'hospice de Castel-Sarrasin.

BIBLIOGRAPHIE

De la mort subite ou rapide après la thoracocentèse, par le docteur E. Foucart ; Paris, 1875, in-8°. P. Asselin, éditeur. — Parmi toutes les questions à l'ordre du jour de nos sociétés savantes, une des plus intéressantes est certainement celle de la thoracocentèse. Qu'il nous soit donc

permis de dire quelques mots de la thèse qu'a soutenue M. le docteur Foucart, à la fin de l'année dernière, sur la mort subite ou rapide après cette opération.

Sous cette dénomination, il comprend les morts qui surviennent pendant la thoracocentèse et dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivent, et qui paraissent, au premier abord, causées par la paracentèse de la poitrine; il ajoute que tout médecin qui va faire une ponction thoracique doit se rappeler la possibilité de cette issue funeste, mais heureusement rare.

Après chacune des observations qu'il cite, il discute soigneusement la cause qui semble, pour lui, avoir amené la mort.

M. Foucart attribue le plus souvent la mort subite ou rapide à une congestion pulmonaire ou à l'état du cœur; dans le premier cas, on trouve de la congestion et de l'œdème pulmonaire avec ou sans expectoration albumineuse; dans le second, il y a des caillots sanguins dans le cœur et la petite circulation ou de la péricardite.

L'auteur ne regarde pas comme suffisamment nets les signes qui pourront faire redouter une mort subite ou rapide, et il indique les précautions à prendre pour se mettre autant que possible à l'abri de cette funeste issue : examen du cœur et des deux poumons, obtenir un écoulement lent et facile à arrêter, ne pas faire un vide trop complet dès le début, ne pas se servir d'un trocart trop gros, ne pas vider complétement la poitrine et arrêter l'écoulement quand on aura extrait un demi-litre, si le poumon opposé est malade ou s'il survient des quintes de toux persistantes ou fatigantes.

Pour M Foucart, la thoracocentèse n'est pas la cause de la mort, car on a vu survenir celle-ci par le même mécanisme dans des pleurésies non ponctionnées. C'est une opération qui rend les plus grands services, innocente autant que peut l'être toute intervention chirurgicale, mais qui doit être employée avec mesure et précaution.

Étude médicale sur la station hivernale d'Amélie-les-Bains, par le docteur A. Bouyer, ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.; Germer Baillière. — Nous venons de lire avec intérêt ce travail dans lequel l'auteur s'est proposé de faire ressortir les nombreuses ressources thérapeutiques que possède cette station, dont le climat privilégié permet d'instituer le traitement thermal pendant l'hiver.

Les considérations relatives au climat qui forment la première partie de cette étude, nous montrent que, au point de vue thérapeutique comme par sa situation géographique, cette station hivernale tient le milieu entre les stations méditerranéennes et les stations continentales. L'air y est tonique, mais beaucoup plus excitant que sur le littoral et moins sédatif et moins humide qu'à Pau.

Ce climat de montagne uniforme et tempéré convient aux enfants délicats, faibles de constitution, aux anémiques, aux personnes lymphatiques débilitées par les manifestations de la diathèse rhumatismale ou goutteuse, à certains phthisiques, mais il doit être interdit aux malades entachés d'éréthisme nerveux ou sanguin, c'est-à-dire à ceux qui ne peuvent supporter la plus légère excitation.

Dans la deuxième partie, nous trouvons des notions détaillées sur la composition de ces eaux sulfureuses thermales et sur leurs divers modes d'administration.

Enfin, la troisième partie est consacrée à l'action physiologique et thérapeutique des eaux et à leurs applications aux diverses maladies auxquelles elles peuvent convenir.

L'auteur considère avec juste raison la médication sulfureuse comme une médication essentiellement générale, c'est-à-dire agissant sur l'ensemble de l'économie par ses propriétés altérantes et reconstituantes et pouvant ainsi modifier favorablement un grand nombre de maladies chroniques entretenues par divers états diathésiques; il montre, en outre, tout le parti que l'on peut tirer de la thermalité et des divers modes d'application des eaux pour agir directement sur les altérations locales. Les eaux d'Amélie conviennent spécialement à la diathèse herpétique et aux affections catarrhales des organes respiratoires. Elles peuvent s'appliquer au traitement d'un certain nombre d'affections pour lesquelles elles ne constituent pas un médicament spécial, mais qui peuvent être favorablement modifiées par leurs modes d'administration et par les circonstances accessoires de la cure thermale; ces affections sont : le rhumatisme, la scrofule et la syphilis. — Enfin elles peuvent rendre quelques services dans les affections utérines, les paralysies, les catarrhes de vessie et dans les affections chirurgicales.

Aide-mémoire du médecin militaire, par le docteur HERMANT, médecin de régiment; 1 vol. de 526 pages, Adrien Delahaye, éditeur. — M. le docteur Hermant, médecin militaire dans l'armée belge, a réuni dans un volume un recueil de notes sur l'hygiène du soldat; la partie la plus complète traite surtout de l'alimentation du soldat et de l'hygiène des casernes, ainsi que de l'organisation des ambulances. Le chapitre consacré aux épidémies est des plus écourtés; on voit dans ce chapitre, à propos du traitement de la gale, que dans l'armée belge on a substitué, d'après les conseils de Vleminckx, à la pommade d'Helmerich, le sulfure calcaire liquide.

Dans un second chapitre, M. Hermant étudie les substances et les falsifications dont elles peuvent être l'objet; enfin, dans un dernier chapitre, il passe très-rapidement en revue les principaux médicaments.

Il est à regretter que ce livre ne soit pas plus étendu et qu'il ne présente sur certains points que des notions trop écourtées; mais tel qu'il est cependant, il est appelé à rendre quelques services aux médecins militaires.

La vérité sur les enfants trouvés, par le docteur BROCHARD; 1 vol. de 403 pages, E. Plon et Cᵉ, éditeurs. — M. Brochard, dont tout le monde connaît les beaux travaux sur l'hygiène des nouveau-nés, a rassemblé dans ce livre une série de documents sur le triste état que présentent les enfants trouvés en France et en particulier dans le département du Rhône; il réclame l'attention des moralistes sur les 148 199 enfants qui peuplent nos campagnes, et demande que l'on prenne à leur égard des mesures d'hygiène. Il conseille que l'on crée une direction générale des enfants trouvés, ainsi que des inspecteurs généraux, et que tous ces postes soient confiés à des médecins. Quoique dans bien des circonstances le médecin soit un

piètre administrateur, nous reconnaissons cependant avec M. Brochard l'immense intérêt que présente cette question des enfants assistés qui comptent, pour le seul département de la Seine, plus de 25 000 enfants, et nous applaudirons à toute modification qui viendra améliorer leur sort.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par M. P. Garnier; vol. de 568 pages, Germer Baillière, éditeur. — M. Garnier continue la tâche qu'il s'est imposée de rendre compte chaque année des progrès de la médecine; son œuvre, qui est ainsi arrivée à son onzième volume, forme une collection des plus intéressantes. Nous devons remercier l'auteur de persévérer dans cette voie, quelquefois fort pénible et fort aride.

M. Garnier expose d'ailleurs avec une grande clarté les points les plus importants de nouvelles recherches : le choix qu'il fait de ses matériaux est des plus intelligents; il évite ainsi un encombrement qui rendrait sans doute son livre trop volumineux, mais qui lui ferait perdre en revanche tout son caractère. Tel quel, ce volume est donc un résumé fort utile et qui est appelé à rendre de grands services. Nous pensons néanmoins qu'une table bien présentée qui, ne se contentant pas de citer le nom des auteurs, signalerait pour chaque maladie les nouvelles recherches dont elle a été le sujet, compléterait fort heureusement cette bonne et utile publication. D. B.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 3 et 10 avril 1876; présidence de M. le vice-amiral Paris.

Du changement de volume des organes dans ses rapports avec la circulation du sang. Note de M. A.-F. Franck. — L'appareil dont l'auteur a fait usage consiste essentiellement en un bocal rempli d'eau et dans lequel on plonge la main à explorer : un tube vertical muni d'une ampoule établit la communication avec un tambour à levier inscripteur ; la membrane de caoutchouc à travers laquelle passe la main est fixée à l'aide d'une plaque métallique. Une graduation préalable de l'appareil permet d'apprécier la valeur absolue des changements de volume de la main dont on inscrit les variations rapides. Voici les conclusions principales que l'auteur tire de trois séries d'expériences :

Première série : *Variations normales du volume de la main.* — 1° Les doubles mouvements de la main affectent avec la fonction cardiaque les mêmes rapports que le pouls de l'artère radiale ; ils fournissent un tracé identique à celui du pouls recueilli avec le sphygmographe à transmission de M. Marey ; on doit les considérer dès lors comme l'expression directe des *pulsations totalisées des vaisseaux*. 2° Le *retard* de l'expansion vasculaire de la main sur le début de la systole cardiaque est le même que celui de l'artère radiale ; il varie, comme celui-ci, avec l'évacuation plus ou moins facile du cœur gauche. 3° Chaque pulsation de la main présente un dicrotisme simple ou double. 4° Le volume de la main augmente pendant l'expiration, diminue pendant l'inspiration ; mais ce rapport peu-

varier suivant le type respiratoire. 5° L'effort chasse du sang artériel à la périphérie et n'entrave pas le retour du sang veineux de la main.

Deuxième série : *Variations produites par des influences mécaniques.* — 1° La compression de l'artère humérale supprime les pulsations, produit une notable diminution du volume de la main, mais n'empêche pas les collatérales de ramener du sang ; après la compression, la main acquiert un volume plus considérable qu'auparavant. 2° La compression des fémorales, la contraction musculaire des membres inférieurs, la pression exagérée exercée sur ces membres, l'élévation d'un membre supérieur, produisent l'augmentation de volume de la main explorée. 3° La compression *veineuse* est accompagnée d'une augmentation graduelle et saccadée du volume de la main, et celle-ci conserve après la décompression un volume exagéré.

Troisième série : *Variations produites par des influences nerveuses directes* ou *réflexes*. — 1°. Le refroidissement modéré de l'eau dans laquelle la main est plongée détermine du resserrement vasculaire. 2° L'application *passagère* du froid sur la peau du bras produit une diminution de volume de la main correspondante. 3° Le resserrement des vaisseaux est dû à un effet réflexe des nerfs sensibles sur les nerfs vasculaires : c'est ce que démontre la diminution de volume d'une main quand on *touche* la peau du dos de la main opposée avec un morceau de glace. L'effet réflexe ne se produit qu'au bout de deux à quatre secondes, et le temps perdu des muscles vasculaires augmente avec la fatigue de ces muscles. 4° Dans toutes ces expériences, l'action réfrigérante sur le sang ne peut être invoquée, à cause de l'extrême brièveté du contact du corps froid ; l'état du cœur n'est pas non plus modifié ; les phénomènes sont tous *vasculaires*. 5° L'excitation *faradique* de la peau a toujours donné lieu, *comme fait initial*, à un resserrement *vasculaire*.

Recherches sur les fonctions de la rate. Note de MM. L. Malassez et P. Picard. — Dans une note antérieure (voir t. LXXXIX, p. 512), l'un des auteurs a indiqué qu'il existe toujours dans la rate de l'animal une forte proportion de fer, très-supérieure à celle qu'il est possible d'attribuer au sang qui baigne l'organe. Pour expliquer ce fait, deux hypothèses se présentaient : ou bien il existait dans la rate une substance ferrugineuse spéciale ; ou bien cet organe contenait de l'hémoglobine non attribuable au sang, mais fixée sur ses éléments propres.

Une expérience semble démontrer que le fer de la rate est purement et simplement contenu dans de l'hémoglobine distincte de celle du sang qui baigne l'organe. On sait qu'il existe dans les muscles une petite quantité d'hémoglobine unie au faisceau primitif, et que ce fait a été démontré par M. Kühn. En principe, la méthode ici employée est analogue à celle qu'a suivie cet auteur : elle est fondée sur la non-solubilité de l'hémoglobine dans les solutions d'eau chargée de chlorure de sodium en proportion convenable ; cette propriété permet d'enlever mécaniquement le sang contenu dans les vaisseaux sans agir sur l'hémoglobine située en dehors d'eux.

Expérience du lavage de la rate. — On commence par faire passer par l'artère splénique 5 à 6 litres de la solution de sel marin ; après cette opération, le liquide sort incolore par la veine. A ce moment de l'expérience, la rate est encore fortement rouge, et cependant on peut considérer qu'elle ne contient plus de sang. Si l'on fait alors passer par l'artère splénique de l'eau ordinaire ou de l'eau distillée, on voit que le liquide se met à couler presque immédiatement fortement teinté de rouge. En même temps, l'organe perd rapidement sa couleur première, pour en revêtir finalement une jaune-paille très-faible. On peut obtenir ainsi, et avant ce terme, 1 litre et demi, 2 litres de solution rouge. L'eau a dissous peu à peu une substance rouge qui colorait l'organe, substance qui n'avait pas été entraînée par le lavage du système vasculaire de l'organe. Or, l'analyse qualitative du liquide montre que cette substance n'est autre que de l'hémoglobine identique à celle des globules sanguins.

Cette expérience démontre donc l'existence de l'hémoglobine dans la rate hors du système vasculaire.

Les analyses de fer, faites sur des rates lavées complétement, montrent que la presque totalité de ce métal a été enlevée, qu'il a été entraîné en même temps que l'hémoglobine. On peut en conclure que, « selon tous les faits connus jusqu'ici », ce métal est dans la rate purement et simplement à l'état d'hémoglobine identique à celle du sang.

Rapports physiologiques entre le nerf acoustique et l'appareil moteur de l'œil. Note de M. E. Cyon. — Voici un résumé des conclusions de ce travail :

1° Les troubles dans l'appareil moteur, occasionnés par les opérations sur les canaux semi-circulaires, ne se produisent pas d'une manière uniforme chez les animaux de différentes espèces : chez les grenouilles, ces troubles se limitent presque exclusivement aux muscles du tronc ; chez les pigeons, ce sont principalement les muscles de la tête qui sont atteints ; chez les lapins, ce sont surtout ceux du globe oculaire ;

2° L'opinion soutenue dernièrement par M. Goltz et moi et acceptée par la plupart des physiologistes, que la perte d'équilibre survenant après la section des canaux semi-circulaires est occasionnée par les notions erronées que l'animal opéré conçoit sur la position de sa tête dans l'espace n'est donc plus soutenable ;

3° Les mouvements du globe oculaire, observés après ces lésions, ne sont pas des mouvements *compensateurs :* ils sont la suite immédiate et directe de la lésion des canaux ;

4° Par l'excitation du canal horizontal chez le lapin, on produit une rotation de l'œil du même côté, telle que la pupille se trouve dirigée en arrière et en bas ; celle du canal vertical postérieur produit une déviation de l'œil avec la pupille dirigée en avant et un peu en haut ; celle du canal vertical antérieur, en arrière et en bas ;

5° L'excitation d'un canal produit toujours les mouvements oculaires dans les deux yeux ; mais, dans le globe du côté opposé au canal atteint, les mouvements ont lieu dans le sens contraire à ceux du globe de l'autre côté. La pupille se contracte du côté où a lieu l'excitation et reste dilatée du côté opposé ;

6° Au moment même de l'excitation, la contraction des muscles moteurs du globe oculaire a un caractère *tétanique* ;

7° Ces mouvements oscillatoires disparaissent, lorsqu'on sectionne le nerf acoustique *du côté opposé*. De nouvelles excitations d'un canal semi-circulaire ne produisent plus que des contractions tétaniques ;

8° L'excitation d'un nerf acoustique produit de violentes rotations des deux globes oculaires. La *section* d'un nerf acoustique provoque une forte déviation du globe du même côté, telle que la pupille se trouve dirigée en bas, tandis que, de l'autre côté, l'œil se porte en haut. Cette déviation disparaît après la section du second nerf acoustique ;

9° Les mouvements de la tête et du tronc qu'on observe chez les pigeons, après la lésion des canaux semi-circulaires, sont décrits d'une manière très-exacte dans les classiques mémoires de Flourens.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 4 et 11 avril 1876 ; présidence de M. Chatin.

Anatomie pathologique comparée. — M. Bouley présente une pièce anatomique recueillie chez un cheval qui a succombé aux suites d'un coup de pied d'un autre cheval. Après des souffrances excessives, la formation d'excoriations multiples, cet animal est mort par épuisement.

L'examen des pièces anatomiques a fait découvrir l'existence d'une fêlure de l'extrémité supérieure de la symphyse du tibia, avec des ostéophytes et des périostoses, maladie fréquente chez le cheval, rare chez l'homme.

Sur l'ostéotomie dans le traitement des courbures rachitiques. — M. Jules Guérin lit une note dont voici le résumé :

L'attention des chirurgiens a été récemment rappelée sur une opération toute française, oubliée ou méconnue (voir p. 235), et qui n'a dû son retour sur la scène chirurgicale que grâce à une réimportation exotique. Dans ces conditions, M. J. Guérin a cru devoir rappeler ce qu'on paraît avoir oublié.

Au mois de juin 1843, dit-il, je faisais connaître le résultat de 360 cas de difformités rachitiques, dont 46 de courbures par cal vicieux. Mon relevé portait que, sur ces 360 cas, il y avait eu 76 guérisons complètes, 49 améliorations, 48 sans amélioration, et 233 non traités ou en traitement. Parmi les cas de courbures rachitiques, les unes régulières et récentes, les autres anguleuses et résultant des cals vicieux, il y avait eu des guérisons obtenues : 1° par un simple traitement général et sans appareils ; 2° par ce traitement secondé d'appareils mécaniques ; 3° par la rupture et le redressement extemporané des os courbés ; 4° enfin par l'ostéotomie.

Après cette rectification historique, ajoute M. Guérin, deux points plus importants pour la science et l'art restent à régler. Les chirurgiens étrangers qui m'ont emprunté ma pratique, ont négligé d'en emprunter les principes qui en motivent et règlent l'application.

L'idée de l'ostéoclasie ou redressement extemporané des courbures rachitiques anciennes a été suggérée à M. J. Guérin par la connaissance de ce fait anatomique qu'il avait établi depuis longtemps, savoir : qu'à la seconde période du rachitisme les os sont le siége d'un travail d'ossification nouvelle, en vertu de laquelle les lamelles de l'ancien os sont plus ou moins dédoublées et réduites à des parcelles peu consistantes ; tandis qu'une substance de nouvelle formation spongieuse, élastique, forme la plus grande partie de la trame de l'os et devient plus tard le siége de dépôts calcaires qui lui restituent sa résistance normale.

Voilà ce qui marque et précise le domaine de l'ostéoclasie.

Voici maintenant quelles sont les indications de l'ostéotomie.

Avant d'arriver à la troisième et à la quatrième période du rachitisme, la période d'éburnation, où le tissu osseux a acquis une consistance et une résistance supérieures à celles des os les plus sains et les plus complétement développés, il existe au niveau de l'angle de la fracture un tissu fibreux spongoïde, résistant, élastique, au centre duquel sont placées les lamelles de l'ancien os. C'est ce tissu trop consistant et trop peu extensible pour céder aux efforts de redressement qui est le terrain type de l'ostéotomie. Par la section partielle sous-cutanée de l'os, après la section préalable des muscles, on parvient en ce cas à faire céder la portion la plus résistante de la concavité de l'angle, tandis que la moitié correspondant à la convexité est conservée intacte.

M. J. Guérin formule en ces termes, les différences entre sa manière de faire et celle de ses imitateurs:

1° Ils appliquent indistinctement l'ostéotomie rachitique à toutes les périodes de la maladie, mais principalement à la période d'éburnation. A cette période je ne l'applique jamais ; je ne l'applique qu'aux autres périodes, et aux cas de ces dernières qui sont réfractaires aux trois premières méthodes ;

2° Ils enlèvent une partie de la convexité de la courbure, d'où résulte une somme de raccourcissement de l'os réduit par son redressement à la longueur de la corde de la courbure redressée. Par la section de la concavité de la courbure, au contraire, j'obtiens un allongement de l'os, résultant du redressement de la courbure, c'est-à-dire sans réduction aucune de sa longueur normale ;

3° L'opération pratiquée avec la gouge et le maillet, laissant une plaie exposée ou mal réunie, est susceptible d'entraîner tous les accidents que l'ostéotomie sous cutanée évite presque à coup sûr ;

4° Enfin, à considérer l'ostéotomie comme ressource ultime dans les cas de courbure éburnée, il y aurait encore à préférer la section de l'os par la concavité de la courbure en vue de n'avoir aucune perte de substance, et par conséquent en vue de restituer à l'os redressé toute sa longueur.

Mais, comme complément de l'ostéotomie, et même de l'ostéoclasie de

la façon dont je les pratique, j'ai reconnu indispensable la myotomie ou la ténotomie des muscles et tendons agents de la courbure, et raccourcis consécutivement à cette dernière.

Sur la lèpre. — M. Rufz de Lavison, qui a exercé la médecine dans des pays où la lèpre est à l'état endémique, n'a pas reconnu cette maladie dans le fait de M. Desprès (voir p. 323). La lèpre a une marche particulière bien caractéristique : elle commence en général par la tête, où l'on voit la face se couvrir d'énormes bourgeons de couleur bronzée, le nez s'aplatir sous l'influence de la nécrose de la cloison médiane des fosses nasales, les oreilles prendre des proportions considérables, les cheveux et les cils tomber. Cet ensemble, qui constitue la lèpre léontine, précède toujours les gangrènes des extrémités. Dans le cas soumis à l'examen de l'Académie, si lèpre il y a, c'est une lèpre incomplète ou profondément modifiée. — La lèpre n'est pas une maladie dont la transmission soit fatale ; elle est rare par rapport au chiffre de la population au sein de laquelle elle sévit, et enfin les personnes qui donnent leurs soins aux lépreux n'en sont pas plus atteintes que d'autres. — Quant à l'hérédité de la lèpre, il n'y a aucune certitude sur son existence, attendu qu'on ne connaît pas de familles de lépreux, comme ce devrait être si cette maladie était héréditaire. — Le climat n'a aucune influence sur son développement ; on la rencontre sous toutes les latitudes, à l'équateur comme près des pôles ; aux Antilles, elle sévit plus spécialement sur les terrains d'alluvion ; en un mot, c'est une maladie de localité et non de climat.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 14 avril 1875 ; présidence de M. Moutard-Martin.

Kyste hydatique du foie ; urticaire. — M. Laveran cite l'observation détaillée d'un artilleur de vingt-trois ans, qui est entré dans son service le 23 novembre 1875, porteur d'une tumeur de la région épigastrique donnant lieu à quelques élancements douloureux, à des nausées, à des vomissements. Cette tumeur avait augmenté sensiblement depuis le mois d'août : l'accroissement avait été lent, surtout à gauche. Au commencement de mars, elle était grosse comme une tête d'enfant nouveau-né. Le 13 mars, M. Laveran fit une ponction avec le trocart et donna issue à 1 600 grammes d'un liquide clair comme de l'eau de roche qui se troubla à la fin de l'opération : il ne contenait aucune trace d'albumine, mais, dans le dépôt on constata quelques fragments d'échinocoques. Le 14 mars le malade éprouva des tiraillements d'estomac, des nausées, mais pas de fièvre (rhubarbe en poudre, 2 grammes). Le soir, vers deux heures, survint un peu d'urticaire, qui disparut le 15 dans la matinée pour se montrer de nouveau le soir. A la fin de mars, le malade sortit de l'hôpital, et dès lors il n'y eut aucune récidive. Pendant l'opération, il était tombé un peu de liquide dans la cavité péritonéale, qui n'a donné lieu à aucun accident. M. Laveran se demande si ce liquide ne pourrait pas être considéré comme la cause de l'urticaire; toutefois il doit observer que le malade a déjà été affecté d'urticaire il y a quelques années, à la suite d'indigestion d'escargots. De cette observation, M. Laveran conclut que la ponction avec le trocart est le véritable traitement des kystes hydatiques du foie, et revenant sur le mode d'opération, d'après le relevé de nombreuses observations, il a pu constater un certain nombre de fois la production de l'urticaire à la suite de la ponction et jamais après l'emploi des caustiques. L'analyse chimique ne dévoile rien qui puisse expliquer la production de l'urticaire; M. Laveran croit qu'il faut en rechercher la cause dans une action sur le nerf splanchnique.

M. Moutard-Martin avait dans son service une malade qui a été vue par M. Libermann : c'était une jeune femme dont le foie était très-volumineux, non bosselé ; nulle altération dans la santé ; la malade était entrée

à l'hôpital pour de la toux. D'après le développement excessif du foie, M. Moutard-Martin avait diagnostiqué un kyste du foie développé à la partie supérieure. Il fit une ponction en arrière et donna issue à 3 000 grammes d'un liquide transparent. non albumineux, mais laissant par le dépôt une couche de plusieurs centimètres d'échinocoques.

Cette malade avait une autre tumeur dans l'hypochondre gauche, de forme cylindrique, qu'on aurait pu prendre pour la rate hypertrophiée. Une ponction donna issue à 1 500 grammes de sérosité sans échinocoques. Voilà donc deux tumeurs kystiques, l'une à la face supérieure, l'autre au lobe gauche du foie. La première ponction fut suivie d'un ictère, d'une fièvre modérée; la tumeur s'enflamma, suppura: quinze jours après, nouvelle ponction, donnant issue à 1 litre de pus. Le volume du foie augmenta encore et, quelques jours après, on dut faire une troisième ponction qui fournit 200 grammes de pus. La malade guérit après trois mois de traitement. Quant à la deuxième tumeur, elle guérit après une seule ponction. M. Moutard-Martin n'a jamais observé l'urticaire signalée par M. Laveran.

M. Labbé a déjà rencontré l'urticaire ; mais c'était une quinzaine de jours avant la ponction : il ne peut donc se ranger à l'avis énoncé par M. Laveran.

M. Bergeron fait observer que les chirurgiens ont plus d'une fois rencontré l'urticaire après différentes opérations : on ne peut donc mettre cet épiphénomène sur le compte de l'épanchement du liquide dans le péritoine.

M. Laveran a lu les nombreuses explications qui ont été données; mais, vu la fréquence de l'urticaire après les ponctions des kystes hydatiques, il se demande s'il n'y a pas là autre chose qu'une simple coïncidence. M. le docteur Faitot a soutenu une thèse inaugurale dans laquelle il réunit un certain nombre de cas d'urticaire à la suite de ces ponctions de kystes hydatiques et, sans donner d'explication positive de cet épiphénomène, M. Laveran croit devoir le signaler.

Hémiplégie, aphasie et hémianesthésie à la suite d'une fièvre typhoïde. — M. Brouardel donne l'analyse d'une observation de M. Calmette, aide-major en Afrique, dans laquelle il rapporte qu'un militaire, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, fut pris d'aphasie, d'hémiplégie incomplète, de surdité et d'anosmie à droite. Ce malade, avant sa fièvre typhoïde, avait eu des accidents gastriques, des fièvres intermittentes graves avec hémorrhagies intestinales. Il y avait donc eu chez ce malade une hémorrhagie cérébrale. La question qui se présente est celle-ci : Est-ce la fièvre typhoïde ou la fièvre intermittente qui a donné lieu à l'hémorrhagie cérébrale ? L'hémiplégie doit-elle être considérée comme une lésion locale ou comme une maladie générale ? Pour l'auteur, il y a eu lésion du ruban de Reil. M. Brouardel résumera ultérieurement cette observation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 5 et 12 avril 1876 ; présidence de M. Houel.

De la périnéorhaphie dans les cas de rupture complète. — M. Guéniot donne lecture d'un rapport sur un travail sur ce sujet adressé à la Société par M. Hue (de Rouen). L'auteur a divisé son mémoire en deux parties; dans la première, il passe en revue toutes les tentatives faites pour la restauration du périnée, depuis Ambroise Paré jusqu'à nos jours ; la seconde est le récit détaillé d'une observation qui lui est propre. Sa malade présentait une déchirure complète du périnée qu'il a opérée avec un succès complet.

M. Verneuil a pratiqué plusieurs fois la périnéorhaphie. Dans un cas il eut un rétrécissement trop considérable de l'anus par suite de la suture qu'il avait portée trop loin en arrière. Il pense qu'il vaut mieux employer

le procédé de M. Labbé, qui consiste à ne suturer que la paroi vaginale avec la moitié antérieure du périnée et à laisser toute la partie postérieure de la plaie se cicatriser d'elle-même. Quant à la question de l'époque favorable pour cette opération, elle ne peut encore être jugée; en tout cas, il est bon d'attendre jusqu'après les secondes règles, de façon à éviter les accidents congestifs du côté des ovaires.

M. Guyon partage complétement l'avis de M. Verneuil au sujet du rétrécissement de l'anus; au lieu de suturer le sphincter, il préfère laisser cet orifice aussi large que possible et avoir recours dans la suite à la cautérisation de la muqueuse dans le cas où les liquides sont difficilement retenus.

M. Blot a observé une seule fois une déchirure complète du périnée chez une primipare qui était accouchée avant son arrivée; il appliqua immédiatement une serre-fine sur la partie vulvaire de la déchirure; la réunion se fit et se compléta seule en quinze jours depuis la vulve jusqu'à l'anus et il n'y eut jamais dans la suite d'incontinence. Quant à la constipation, que quelques chirurgiens ont cherché à produire dans les cas analogues, il la rejette complétement et préfère entretenir la liberté du ventre plutôt que de voir des matières s'accumuler dans le rectum et empêcher le résultat favorable de l'opération.

M. Désormeaux a employé souvent les serres-fines; ce moyen lui a toujours réussi, même dans les cas de rupture du sphincter.

De la ligature élastique dans le cas de tumeur épithéliale de la langue. — M. Delens rapporte les observations de quatre malades chez lesquels il a enlevé des épithéliomas de la langue, au moyen de la ligature élastique; les fils dont il s'est servi sont des fils cylindriques de 2 millimètres. La douleur qui suit leur application varie entre deux et vingt-quatre heures, la tumeur se détache vers le septième jour. La fétidité de l'haleine et les sécrétions buccales sont les seuls inconvénients de ce mode opératoire; on peut d'ailleurs y remédier au moyen de gargarismes et de lotions avec des solutions de chlorate de potasse et de chloral. La ligature élastique permet d'éviter les hémorrhagies, qui sont si communes dans les opérations que l'on pratique dans la cavité buccale.

Adhérence du bord libre et de la face postérieure du voile du palais au pharynx. — M. Verneuil communique l'observation suivante :

Une jeune dame de vingt-deux ans, bien portante jusque-là, contracta au début de son mariage une syphilis qui, malgré un traitement énergique, fut suivie d'accidents graves et rebelles. Un an après le début de l'affection, des ulcérations se développèrent sur le bord postérieur du voile du palais; ce dernier se tuméfia et la déglutition devint douloureuse. A ces accidents vinrent se joindre bientôt l'impossibilité de respirer la bouche fermée et de se moucher; la rétention du mucus nasal détermina aussi des douleurs du côté des sinus frontaux et sphénoïdaux. L'examen de la malade permit de constater tous les signes de l'absence de communication entre le pharynx et l'arrière-cavité des fosses nasales; les piliers du voile du palais étaient soudés l'un à l'autre; les amygdales avaient presque complétement disparu; l'adhérence existait sur toute l'étendue du voile du palais, excepté derrière la luette, où on découvrit un petit pertuis dans lequel on put faire pénétrer une sonde cannelée recourbée à angle droit. — Après avoir observé cette malade pendant trois mois et constaté qu'il ne s'était produit pendant ce temps aucune manifestation syphilitique nouvelle, M. Verneuil tenta l'opération. Ayant introduit une sonde cannelée dans le pertuis situé derrière la luette, il fit un débridement de chaque côté avec un bistouri coudé sur le plat, puis il dilata cet orifice d'abord avec les branches d'une pince à polype, puis avec les doigts, qu'il y introduisit et qu'il écarta l'un de l'autre comme on le fait dans l'opération de la fissure à l'anus. Pour maintenir cette dilatation et obtenir la cicatrisation, il eut recours à des tubes de caoutchouc de petites dimensions et reliés l'un à l'autre; les extrémités antérieures de ces tubes vinrent sortir par les narines; les bouts

postérieurs furent fixés en dehors des commissures labiales. Cet appareil dut malheureusement être enlevé quinze jours après l'opération, à cause des ulcérations syphilitiques survenues de nouveau du côté du voile du palais. Au bout de quelque temps, la dilatation fut reprise et faite progressivement au moyen d'une sonde qui portait sur un point de sa longueur une poche de caoutchouc dilatable par l'insufflation. Ce moyen ne fut pas suivi du résultat désiré, car la malade négligea bien vite son emploi. L'orifice ne s'est cependant pas complétement oblitéré et la respiration s'effectue actuellement la bouche fermée ; le mucus nasal n'est plus retenu et la voix n'est presque plus nasonnée. Ce succès, quoique laissant à désirer, doit donc encourager les chirurgiens à pratiquer cette opération.

Fistule vésico-vaginale consécutive à la déchirure d'un large lambeau du col pendant l'accouchement. — M Polaillon présente un lambeau du col utérin mesurant 9 centimètres de largeur sur 8 de hauteur, qu'il a trouvé pendant à la vulve, chez une malade apportée dans son service à l'hôpital Cochin. Cette femme, qui était en travail depuis cinq jours, avait un rétrécissement du bassin. L'extraction du fœtus se fit sans difficulté par une seule application du forceps. Il n'y avait pas eu de manœuvres obstétricales pratiquées avant l'entrée de la malade. M. Polaillon pense que la déchirure du col est due à la section de ce dernier sur la branche horizontale du pubis. La malade urina spontanément le jour même de l'accouchement; l'urine sortait par l'urèthre et il n'en passait pas une goutte par le vagin. Lorsqu'elle quitta l'hôpital, la malade ne présentait plus qu'une plaie bourgeonnante au niveau du bas-fond de la vessie ; mais au bout de quelque temps, elle s'aperçut que ses urines coulaient par le vagin; l'examen au spéculum fit constater l'existence d'une large fistule vésico-utérine. D'après M. Polaillon, cette fistule serait due à un effort ou à un traumatisme survenu pendant le coït sur la plaie bourgeonnante.

M. Guéniot attribue cet accident à deux causes principales, qui sont : 1° la rigidité persistante du col jointe à des contractions fortes et prolongées de l'utérus; 2° l'existence, dans les bassins rétrécis, de crêtes tranchantes situées sur leur arc antérieur.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 avril 1876; présidence de M. Oulmont.

Sur l'emploi de l'acide salicylique à l'intérieur. — M. Ferrand lit, au nom de M. Cassan, pharmacien, une note sur ce sujet (voir plus haut).

M. Limousin a employé, pour augmenter la solubilité de l'acide salicylique, des alcalins tels que le borate de soude, le carbonate d'ammoniaque, l'ammoniaque pure, etc., etc. ; ces différents corps agissent non-seulement en produisant un salicylate alcalin, mais aussi en agissant directement sur l'acide salicylique qu'ils rendent plus soluble.

M. Oulmont emploie l'acide salicylique en poudre ; on peut donner jusqu'à 1g,50 dans les vingt-quatre heures sans inconvénient; au-dessus de cette dose, il se produit de la diarrhée et des vomissements. A Bâle, il a vu donner l'acide salicylique à la dose de 4 grammes, et le salicylate de soude à celle de 5 grammes.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle que, dans la méthode préconisée par Stricker pour le traitement du rhumatisme articulaire aigu (voir p. 241), on donne par heure des paquets d'acide salicylique de 50 centigrammes à 1 gramme, et que l'on fait prendre aussi 12 à 20 grammes de cette substance dans les vingt-quatre heures.

M. Gubler expérimente aussi, depuis longtemps, l'acide salicylique : il a vu des vomissements survenir à la faible dose de 25 centigrammes dans un cas où l'acide salicylique était administré par paquets de 50 centigrammes ; la diarrhée est devenue fort intense quand on atteint la dose de 2 grammes.

Du pilocarpus simplex. — M. Hardy a expérimenté avec M. Bochefontaine un échantillon de *pilocarpus simplex* qui croît dans les serres du Muséum. Ils ont obtenu, par l'analyse et par l'action physiologique, les mêmes résultats qu'avec le *pilocarpus pinnatus*.

Du torticolis occipito-atloïdien. — M. Dally offre à la Société le travail qui a paru dans le *Bulletin de thérapeutique* (voir t. LXXXIX, p. 354).

M. Gubler a constaté depuis longtemps les faits signalés par M. Dally. Même dans la forme aiguë du torticolis, la contracture du sterno-cléido-mastoïdien est secondaire et dépend d'une arthrite cervicale; cette contracture sert de moyen de protection, et on retrouve toujours, du côté opposé au torticolis, le long de l'axe vertébral, une douleur plus ou moins vive.

M. Cadet de Gassicourt a observé, dans son service à l'hôpital des Enfants, trois faits de torticolis rhumatismaux qui viennent confirmer complétement les opinions émises par MM. Gubler et Dally. Ces torticolis n'étaient que secondaires; il existait dans les trois cas une arthrite cervicale.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Traitement abortif de la dysenterie par les sels et le chloral. — Le docteur David Prince, de Jacksonville (Illinois), donne la définition suivante de la dysenterie (*Saint-Louis Med. and Surg. Journ.*, nº 9, 1876) : Maladie du gros intestin caractérisée par des coliques, du ténesme, des selles muqueuses et sanglantes; la pathologie consiste dans une congestion, dans des troubles de la contraction vermiculaire et dans le développement d'une inflammation qui siége de préférence dans le rectum et qui, comme l'érysipèle, tend à élargir son champ. Les indications thérapeutiques sont: 1º de produire de la diarrhée par des agents qui ne provoquent pas eux-mêmes d'inflammation muqueuse; 2º de combattre ou de supprimer l'inflammation spécifique; 3º d'assurer le repos du corps en général, et du canal alimentaire en particulier.

Pour remplir la première indication, les sels neutres conviennent tout particulièrement, puisqu'ils produisent une décharge aqueuse capable d'apaiser la congestion et d'alléger les vaisseaux hémorrhoïdaux. Le sulfate de magnésie est le meilleur, mais le tartrate de potasse et de soude est en grande estime. L'addition de séné et de rhubarbe est très-commune.

Pour vaincre l'inflammation — admettant que l'affection s'étende le long de la membrane muqueuse — comme l'érysipèle envahit la peau, l'huile de térébenthine et l'huile de cannelle ont été employées en même temps que l'huile de ricin comme cathartique dans les premières périodes, et dans les dernières, l'huile de ricin a été donnée avec l'opium sous forme d'émulsion pour calmer l'irritation. Depuis peu, on a trouvé que l'hydrate de chloral exerçait une action extrêmement bienfaisante. Comme abortif de la dysenterie, on le donne à dose assez forte (2 grammes) pour produire le sommeil, en même temps que 1 ou 2 onces de sulfate de magnésie. Son effet peut être aidé par une injection sous-cutanée de morphine. (*The Practitioner*, avril 1876, p. 317.)

Traitement de l'obésité.—Le docteur Foot, de Meat Hospital, donne quelques remarques cliniques sur un cas intéressant d'obésité développée brusquement chez un garçon âgé de dix-sept ans. Le traitement adopté fut si heureux, qu'il fut

guéri d'un état d'impossibilité absolue de se servir de ses membres, de manière à pouvoir se tenir et marcher sans aide et se rendre utile par un travail peu fatigant. Le traitement médical adopté consista principalement dans l'administration de liqueur de potasse portée jusqu'à la dose de 8 grammes trois fois par jour et d'extrait liquide du *fucus vesiculosus*; ces médicaments furent employés séparément et ensemble. La cause du développement rapide du tissu adipeux vers l'époque de la puberté paraît être liée à un arrêt de développement du testicule. L'âge du jeune homme était dix-sept ans ; sa taille, 4 pieds 5 pouces; son poids, 59 kilogrammes. La graisse était principalement accumulée autour du corps, du cou, de la face. La circulation était faible, les testicules n'étaient pas plus gros que des pois, et le pénis ne dépassait pas celui d'un enfant d'un an. Il était très-sensible au froid. L'odeur de la peau était très-désagréable par suite de la présence d'acides gras volatils. La potasse produisit de la diarrhée. Malgré la diminution de la quantité de graisse produite par cette substance, le patient quitta l'hôpital, plus lourd de 1 livre et demie qu'à son entrée, probablement par suite de la formation de muscles. (*The Practitioner*, avril 1876, p. 312.)

Guérison d'un cas de tétanos par les moyens mécaniques.—Le docteur Calastri (*Gazetta medic. lombarda*, n° 27) rapporte qu'un malade qui était convalescent de diverses attaques d'hémorrhagie de la peau et des muqueuses, fut atteint de tétanos partiel, de cause probablement traumatique, à la suite d'une plaie de la plante du pied droit.

Les phénomènes tétaniques étaient caractérisés par la rigidité des muscles de la région cervicale et de ceux qui président aux mouvements de la mâchoire. On employa le sulfate de quinine et le chloral, mais avec un résultat médiocre. C'est alors que l'auteur, considérant que le tétanos restait localisé aux muscles susdits, que le malade ne pouvait se nourrir qu'imparfaitement, combattit la roideur du cou par les mouvements forcés de flexion, de rotation et d'extension, jusqu'à ce que les mouvements volontaires fussent possibles. Il sépara ensuite les mâchoires petit à petit, et de jour en jour l'ouverture s'agrandit et le malade put essayer lui-même de manger des aliments solides ; ce traitement dura un mois environ (le mois d'août) et à l'automne suivant on pouvait considérer la guérison comme complète. (*L'Imparziale*, 3 avril 1876, p. 208.)

De la propylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. — Le docteur Leo, malgré les insuccès de divers expérimentateurs, s'est décidé à essayer ce médicament, sur la recommandation de Lœver (*Deutsche militarische Zeitschrift*, 1874, n° 11).

Cinquante-deux militaires atteints de rhumatisme aigu ont été traités exclusivement et dès le début, par la propylamine, à l'hôpital de Dresde, pendant tout l'hiver 1874-1875.

La durée du traitement a été de 17 jours sept dixièmes, ce qui n'est pas un chiffre considérable si l'on envisage qu'avant de les renvoyer aux corps, on s'est assuré que les convalescents avaient augmenté de poids, et qu'on leur a même fait faire de la gymnastique.

Leo donnait à ses patients, toutes les deux heures, une cuillerée à bouche de la potion suivante : propylamine, 1 gramme; eau de menthe, 120 ; sucre, 10 grammes.

Pour la plupart, il a suffi de 3 grammes du médicament; dans les cas très-sérieux, il en a fallu 5 grammes.

Voici les conclusions de l'auteur sur les effets de la propylamine :

1° Marche subaiguë imprimée à la maladie, depuis le commencement jusqu'à la fin ;

2° Action sédative sur le système nerveux, démontrée par le ralentissement du pouls et de la respiration, par l'abaissement rapide et durable de la température ;

3° Rémission notable des douleurs, annoncée par une apparition précoce de sueurs d'abord profuses, puis modérées et sans odeur spéciale;

4° Nuance grisâtre particulière de la peau;

5° Pas de modification dans la sécrétion urinaire;

6° Aucun effet accessoire désagréable du médicament, que tous les malades prennent facilement.

Enfin Leo attribue les résultats infructueux d'autres observateurs à la mauvaise qualité des préparations employées, et plus exactement à leurs proportions insuffisantes en substances alcalines, parties véritablement actives. (*Berlin. Klin. Wochens.*, 18 octobre 1875, n° 42, p. 572, et *Revue des sciences médicales*, n° 14, 15 avril 1876, p. 553.)

On voit que la méthode de traitement du rhumatisme articulaire par les ammoniaques composées tend à se répandre; aux travaux de Dujardin-Beaumetz, Peltier (de Sedan), Aïssa Hamdy, etc., en France, nous voyons se succéder les importantes recherches de Philippe Cérasi en Italie, du docteur Spencer à l'Infirmerie royale de Bristol, du docteur Mount, au Canada, et enfin des docteurs Lœver et Leo. en Allemagne. Tous ces travaux arrivent à des conclusions à peu près semblables, c'est que tout en reconnaissant la difficulté d'obtenir une substance chimique toujours identique, on peut cependant retirer de ces ammoniaques de bons effets dans la cure du rhumatisme articulaire aigu.

Du traitement des fractures du coude chez les enfants. — Le travail du docteur Berthomier inspiré par M. Laroyenne, chirurgien en chef de la Charité de Lyon, soulève un point de pratique chirurgicale des plus importants. Dans le cas de fracture du coude chez un enfant, doit-on immobiliser le membre dans l'extension ou dans la flexion?

Pour ces auteurs, ce qu'il faut le plus redouter chez l'enfant, ce n'est pas l'arthrite traumatique, qui est presque nulle et amène rarement l'ankylose, mais la position vicieuse des fragments qui, dans presque tous les cas, est la cause de la gêne des mouvements. Ils ont pu vérifier ce fait sur un grand nombre d'enfants.

Or, partant de ce fait, que la seule position capable d'amener une coaptation exacte des fragments est l'extention; ils ont traité, pendant plusieurs années, toutes les fractures du coude chez les enfants par cette méthode. Dans tous les cas (dont les observations sont relatées dans cette thèse), ils ont pu voir que la consolidation, une fois opérée dans une bonne position, la roideur articulaire ne résistait pas à un traitement approprié de quinze ou vingt jours, quelquefois moins, de sorte que l'articulation jouissait de toute l'étendue de ses mouvements ou à peu de chose près.

Il ont soin d'ajouter que, dans quelques cas, l'indication inverse se présente quand on peut craindre des complications dues à la constitution du sujet; la tumeur blanche chez des sujets scrofuleux, etc.

Enfin pour eux, l'arrachement épiphysaire de l'épicondyte (accident rare) nécessite l'immobilisation dans la flexion. (*Thèse de Paris* 1875).

Sur le camphrier de Bornéo. — Le docteur Paul Maisonneuve étudie dans son travail le camphre de Bornéo, connu aussi sous le nom de *bornéol*, et qui provient du *dryo balanops aromatica*. On retire de cet arbre, qui appartient, d'après les travaux du professeur Baillon, à la famille des *dipterocarpacées*, deux produits, un liquide, l'huile de camphre; l'autre solide, sous forme de cristaux, c'est le camphre proprement dit. — Ces deux produits sont très-peu connus en Europe. — M. Maisonneuve démontre dans son travail que l'huile se trouve dans les parties jeunes de l'arbre, tandis que les cristaux se rencontrent dans les parties centrales; ce qui résulterait de ce que cette huile, d'abord formée dans les parties externes, descend vers les parties centrales en absorbant 2 équivalents d'eau, ce que M. Maisonneuve résume dans les conclusions suivantes :

1° L'huile de camphre se forme dans les parties jeunes, et y reste à l'état liquide.

2° Arrivée dans la partie centrale du tronc, elle s'hydrate et se concrète en cristaux, qui constituent le camphre de Bornéo proprement dit. (*Thèse de Paris*, 20 décembre 1875, n° 450.)

De la valeur de l'hystérotomie dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. — M. le docteur Pozzi dans une première partie, étudie la gastronomie abdominale, ou l'ablation des corps fibreux, par une incision pratiquée sur la paroi antérieure de l'abdomen. Après avoir discuté les observations publiées jusqu'à ce

jour et surtout l'opinion des auteurs, il arrive aux conclusions suivantes :

Cette opération, bien que très-grave, mérite dans quelques cas, de prendre rang dans la chirurgie ; elle ne doit cependant pas être comparée à la même opération pratiquée pour l'ablation des kystes de l'ovaire, car ceux-ci réclament presque toujours l'opération, tandis que pour les corps fibreux l'opération est l'exception.

L'opération doit être réservée aux tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, qui ont une évolution rapide, galopante, et s'accompagnent de phénomènes qui menacent l'existence. En effet, les autres tumeurs, à marche lente, sont facilement tolérées et finissent par s'amoindrir avec l'âge.

Enfin, quand dans une gastrotomie faite par suite d'une erreur do diagnostic, on trouve une tumeur utérine au lieu d'un kyste de l'ovaire, il faut en pratiquer l'ablation plutôt que de laisser l'opération incomplète, alors même que le corps fibreux ne serait pas pédiculé.

La seconde partie de cette thèse est consacrée à l'étude de l'hystérotomie vaginale.

Le débridement du col do l'utérus, qui a pour but d'en agrandir l'ouverture et de permettre, soit l'expulsion plus facile d'un polype qui se présente de lui-même à l'orifice, soit l'accès de la cavité aux manœuvres du chirurgien. L'hystérotomie par incision et énucléation ; l'excision et d'autres variétés, telles que l'hystérotomie intra-utérine ou retro-utérine, complètent cette seconde partie, qui se termine par l'amputation de l'utérus inversé par un corps fibreux. (*Thèse d'agrégation*, 1875.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Galvano-caustique. Goître volumineux en partie kystique ; compression et déplacement latéral du larynx et de la trachée ; menace d'asphyxie ; incision et cautérisation de la cavité kystique au moyen de l'anse et du cautère galvanique. (Margary Fedele, l'*Osservatore*, mars 1876, p. 166 et 183.)

Torsion des artères (Étude historique et critique). Dr Angelo Cianciosi, *il Raccoglitore medico*, 20 mars 1876, p. 236.

Anus contre nature du côlon descendant consécutif à une plaie de la région lombaire par coup de couteau. — Guérison au moyen de la compression et la suture cruentée. (Prof. Spediacci, *lo Sperimentale*, mars 1876, p. 274.)

Injections hypodermiques de sulfate de quinine dans un cas de rhumatisme cérébral et dans un cas de pleuro-pneumonie avec convulsions éclamptiques. — Guérison. (Maragliano, *la Salute*, 30 mars 1876, p. 81.) — *Idem.* Dans un cas de fièvre rémittente (pernicieuse italienne). — Guérison. (Dr Aitken, *Brit. med. Journ.*, 1876, p. 410.)

Pansement de Lister. Fracture oblique du quart inférieur du tibia compliquée de plaie. — Traitement par la méthode antiseptique. — Guérison sans suppuration ni fièvre. *The British Med. Journ.*, avril 1876, p. 410.)

Acide phénique (Bons effets de l') dans le traitement des fièvres intermittentes. (Auguste Motta, *O Correio medico de Lisboa*, février 1876.)

VARIÉTÉS

Presse médicale. — La presse médicale s'est augmentée d'un certain nombre de feuilles. A Paris a paru *le Moniteur, journal de médecine, de chirurgie et de thérapeutique*, paraissant le 1er et le 15 de chaque mois, sous la direction du docteur P. Menière (d'Angers); les *Archives vétérinaires*, paraissant le 10 et le 25 de chaque mois, et publiées par MM. Goubaux, Reynal, Trasbot, Baron, Barbier, Nocart et Railliet. Le *Journal de chimie médicale*, publié par M. Chevallier, s'est fondu avec le *Répertoire de pharmacie*. — En province a paru *l'Année médicale*, journal de la Société médicale de Caen et du Calvados, publié sous la direction du docteur Ch. Fayel. — En Italie s'est fondé un nouveau journal mensuel, sous la direction du professeur Calvo-Livi : c'est la *Rivista sperimentale di medicina legale*.

Buste du professeur Lorain. — Nous recevons la lettre suivante :

Paris, 12 avril 1876.

« Monsieur, les élèves et les amis du professeur Lorain ont eu la pensée, en témoignage de leur gratitude et de leur affection, de faire exécuter son buste en marbre et de l'offrir à la Faculté de médecine de Paris. Ils espèrent que vous voudrez bien leur donner votre amical concours pour rendre cet hommage au maître qui a tant aimé la science et si souvent encouragé les jeunes travailleurs, etc.

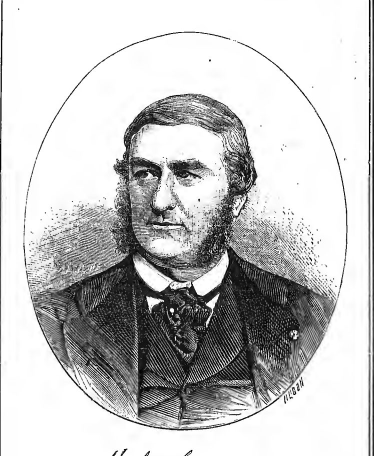
« J. Besnier, Brouardel, Derove, Fiouppe, Jeoffroy, Lépine, Prevost, Quinquaud, Renaud. — Claude Bernard, Berthelot, van Blarenberghe, Henri Sainte-Claire Deville, Marey, de Montrésir. »

Nota. — On est prié d'adresser les souscriptions au docteur J. Renaut, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, 26, rue des Ecoles.

Cours. — Le docteur Martin-Damourette recommencera ses cours préparatoires aux troisième et quatrième examens du doctorat en médecine et au premier de fin d'année, le lundi 1er mai à une heure, place de l'Ecole-de-Médecine, 17.

Nécrologie. — Le docteur Imbert, chirurgien honoraire de l'hôpital d'Arles, en France. — Le docteur Kuntz, en Alsace. — Les docteurs Charles Boneinsten (New-York), et Logan, de San-Francisco, en Amérique. — Le professeur Giannezzi, de l'université de Sienne, en Italie. — Le professeur Traube, l'une des plus grandes célébrités médicales et scientifiques de l'Allemagne. — Le docteur Campbell de Morgan, chirurgien de l'hôpital de Middlesey, en Angleterre. — Fischer, ancien interne des hôpitaux de Paris, interne à l'hôpital cantonal de Genève, qui a succombé aux suites de la diphthérie contractée dans son service.

L'administrateur gérant : DOIN.



Vouloir fait pouvoir

M. BÉHIER

C'est avec la plus profonde douleur que nous annonçons à nos lecteurs la mort de M. Béhier; ils partageront, nous en sommes persuadés, nos vifs regrets et s'associeront au grand deuil qui vient de nous atteindre.

Nous ne voulons pas, dans ces quelques lignes, tracer l'histoire de cette vaillante et généreuse nature; nous reproduirons sous peu les discours prononcés sur sa tombe et qui montrent sous des jours différents les hautes vertus de l'homme que nous pleurons aujourd'hui.

Mais qu'il nous soit permis de dire combien ce cœur, que la mort vient de frapper, renfermait de bienveillance et de bonté et à quels nobles et généreux élans il se laissait entraîner; dévoué jusqu'à la mort à la profession qu'il illustrait d'un si vif éclat, M. Béhier a lutté jusqu'au bout pour la science, et, mettant en pratique la belle et énergique devise qu'il avait adoptée : *Vouloir fait pouvoir*, il a consacré toute sa vie à s'instruire et à instruire les autres; il aimait surtout la jeunesse qu'il aidait de ses conseils et à laquelle il prêtait son bienveillant appui, et c'est au milieu des élèves qui se pressaient chaque matin autour de lui qu'il eût voulu mourir.

Interne des hôpitaux, médecin des hôpitaux, agrégé, puis professeur de clinique, membre de l'Académie de médecine, M. Béhier, en parcourant si brillamment les différents échelons de la carrière médicale, ne s'est pas arrêté un seul instant. Toute position nouvelle, conquise de haute lutte, était pour lui l'objet d'une activité nouvelle, et l'on peut dire qu'il a consacré toute sa vie à la pratique de notre art dans ce qu'il a de plus pur et de plus désintéressé.

Conservons donc un pieux souvenir de cette belle existence qui honore si hautement notre profession, citons-la avec un juste orgueil comme un exemple de ce que peut la fermeté jointe à l'honnêteté et à la bonté.

LE COMITÉ DE RÉDACTION.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des perfectionnements apportés à la cure des rétrécissements de l'urèthre (1);

Par M. le professeur Dolbeau.

..... Les compétiteurs pour le prix d'Argenteuil, en 1875, sont au nombre de six : un chirurgien français, un chirurgien belge, un chirurgien italien, et enfin un chirurgien américain, puis deux fabricants d'objets ayant trait à l'art de guérir. Comme vous le savez, chacun de ces compétiteurs a été pourvu d'un numéro d'inscription ; c'est dans cet ordre que je ferai l'exposé de leurs travaux.

N° 1. — Sonde à piston pour faciliter le cathétérisme des voies urinaires chez l'homme, inventée et décrite par le professeur Tigri, avec figure. Tel est le titre d'un mémoire de quatre pages, manuscrit, en langue italienne.

M. Tigri, convaincu que l'obstacle au cathétérisme dans la portion sous-pubienne de l'urèthre reconnaît pour cause un spasme provoqué par quelques gouttes d'urine, qui, de la vessie, auraient gagné l'urèthre, propose, pour faciliter l'introduction du cathéter, de faire en quelque sorte précéder le bec de la sonde par une sorte d'injection huileuse opérée dans la portion infranchissable. Pour mettre à exécution sa petite manœuvre, d'ailleurs toute théorique, M. Tigri a modifié la sonde de telle sorte que le cathéter soit en même temps une seringue qui injecte de l'huile et un tube qui précède la sonde évacuatrice.

L'instrument de M. Tigri se compose d'une grosse sonde dont l'extrémité vésicale est perforée au centre de la lumière, ce qui n'empêche pas l'existence d'un œil latéral situé à près de 3 centimètres en arrière du premier orifice. La sonde est courbe, mais la partie qui correspond à l'intervalle des deux orifices est redressée, presque droite, et parfaitement cylindrique ; il en résulte qu'un mandrin, terminé par un petit cylindre d'un calibre bien calculé, peut servir de piston à l'extrémité de la sonde, et

(1) Extrait du rapport présenté à l'Académie de médecine sur le concours du prix d'Argenteuil et lu dans la séance du 25 avril 1876.

transformer par un va-et-vient cette même extrémité en une pompe aspirante et foulante.

Telle est la sonde à seringue de M. Tigri. Cet instrument, si l'on en croit l'auteur, rendrait beaucoup plus faciles les manœuvres de cathétérisme exécutées sur le cadavre ; mais il reste à démontrer la valeur de cette tentative lorsqu'il s'agit de remédier à la rétention d'urine chez l'homme vivant.

Les observations manquent jusqu'ici, et votre commission a pensé qu'elle devait s'abstenir de tout jugement, et que son rôle se réduisait à la mention d'une idée ingénieuse.

Sous le numéro 2 est inscrit l'envoi d'une pince qui est parvenue à l'Académie pour prendre part au concours d'Argenteuil. Cette pince, dite *nouvelle pince uréthrale*, constitue-t-elle une invention? C'est ce que la commission n'avait point à juger; l'instrument n'a rien à faire dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. D'une manière générale, c'est un instrument destiné à agir dans les parties profondes ; la disposition de son mécanisme lui permet de saisir fortement les objets, de broyer même quelques fragments calculeux. En modifiant sa forme il rendra des services pour l'extraction des corps étrangers. C'est une branche fixe sur laquelle glisse, au moyen d'un levier, une seconde branche parallèle qui commande le mors articulé, mécanisme très-ingénieux mis en œuvre sur l'initiative de M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie.

M. Charles Horion, docteur de l'université de Liége, s'occupe depuis un grand nombre d'années de la pathologie des voies urinaires ; longtemps il a séjourné à Paris pour y perfectionner les connaissances qu'il avait sur cette pathologie spéciale. Peut-être notre confrère a-t-il cru qu'il suffisait d'une notoriété dans la pratique pour aborder le concours du prix d'Argenteuil, car les pièces qu'il fournit à l'appui de sa candidature paraissent ne pas rentrer complétement dans le programme. Déjà vous connaissez de M. Horion un volume publié il y a bientôt quinze ans ; tout ce qui a trait à l'anatomie, à la physiologie et à une partie de la pathologie des voies urinaires a été réuni en une monographie dont le titre suffit à renseigner les membres de l'Académie : *Des rétentions d'urine ou pathologie spéciale des organes urinaires au point de vue de la rétention.*

On s'aperçoit vite, en parcourant ce livre, combien l'auteur a éprouvé de peine à grouper toute la pathologie spéciale autour

d'un symptôme qui, quelle que soit son importance, est loin de dominer toujours lorsque l'on fait la clinique des maladies de la vessie et de l'urèthre. Pendant son séjour à Paris M. Horion avait beaucoup vu, beaucoup entendu, et quand toutes ses notes ont été passées en revue l'idée lui sera venue de faire profiter les autres de son zèle et de son labeur. La seule faute qu'il ait commise c'est d'avoir voulu faire un livre avec des éléments bien divers au lieu de publier ses renseignements sous un titre plus réel et plus simple, par exemple celui-ci : *Recueil de notes pour servir à l'histoire des maladies des voies urinaires*. Dans tous les cas il n'a pas paru à votre commission que le traité des rétentions de M. Horion pût prendre part au concours.

Le marquis d'Argenteuil, en fondant un prix, avait pour but de faire avancer la science, et surtout la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre ; l'Académie, par l'organe de ses commissions successives, a récompensé d'abord Reybard, puis M. Maisonneuve, puis tant d'autres.

Ces récompenses, que je viens de rappeler, s'adressaient à une même question : l'emploi de l'uréthrotomie dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

M. Charles Horion paraît donc mieux inspiré lorsque, pour le prix d'Argenteuil, il nous adresse, en même temps que le livre dont j'ai déjà parlé, trois brochures :

1° *Rétrécissements uréthraux ; Uréthrotomie interne et Nouveaux Uréthrotomes*. Bruxelles, 1872 ;

2° *Défense de mes uréthrotomes* (lettre au rédacteur du journal *le Scalpel*. Liége, 1872) ;

3° Enfin, *Uréthrotomie interne et Uréthrotomie externe sans conducteur* (boutonnière), *cathétérismes difficiles* (extrait du journal publié par la Société royale des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, 1875).

L'Académie, en encourageant les recherches relatives à la thérapeutique des rétrécissements de l'urèthre, n'a pris la responsabilité d'aucune des innovations qu'elle avait cru devoir remarquer; elle a tantôt parmi ses lauréats un défenseur de l'uréthrotomie profonde, d'autres fois elle accorde un encouragement à l'uréthrotomie superficielle ; tantôt c'est l'idée qu'elle signale au monde savant, tantôt elle encourage un simple perfectionnement instrumental. Eu égard à la question des uréthrotomies, quel nouveau perfectionnement propose M. Horion ?

On rencontre dans les brochures de ce candidat la description et l'application de deux nouveaux uréthrotomes qui paraissent, suivant l'auteur, répondre à toutes les nécessités de la pratique et s'adresser aux rétrécissements les plus durs et les plus étroits. M. Horion a toujours été convaincu que pour faire une bonne uréthrotomie interne il fallait au préalable introduire un conducteur sur lequel puisse glisser en toute sécurité l'uréthrotome.

Telle est l'idée qui a guidé l'inventeur, mais il resterait à démontrer que cette idée est bien sienne et que les deux instruments qu'il a imaginés diffèrent de tous ceux qui les ont précédés en même temps qu'ils leur sont bien supérieurs.

J'ai vainement cherché tous les mérites que M. Horion accorde à son arsenal, je ne vois pas non plus sur quoi il se base pour admettre que ses instruments l'emportent de beaucoup dans la pratique sur ceux que l'on connaissait avant; je pourrais dire que ces uréthrotomes ne correspondent pas, quant à leur invention, à une idée nouvelle, qu'ils sont plus complexes que la plupart de ceux que nous possédons, qu'ils sont même dangereux; car ils se rattachent à la pratique de l'uréthrotomie profonde dépassant les limites du tissu malade; enfin, que le nombre des faits publiés par M. Horion est insuffisant en regard des centaines d'observations qu'on pourrait opposer à l'auteur. Je me contenterai tout simplement de transmettre à l'Académie l'opinion personnelle de notre confrère de Liége, et la Compagnie jugera avec la commission dont j'ai l'honneur d'être l'organe, que les travaux de M. Horion sur l'uréthrotomie et ses uréthrotomes n'ont aucunement servi à perfectionner notre art relativement à la cure des rétrécissements de l'urèthre et que, par conséquent, il n'y a pas lieu d'accorder une récompense académique aux divers travaux inscrits sous le numéro 3.

Voici comment s'exprime M. Horion, page 6 de la brochure relative aux uréthrotomes : « Déjà dans notre ouvrage sur les rétentions d'urine nous avions montré la nécessité de n'employer pour l'uréthrotomie que les instruments guidés par une bougie conductrice, indépendante, principe que Bonnet avait surtout introduit dans la pratique. Le tube cannelé fin courbe nous vient de M. Maisonneuve, l'olive et la lame indépendantes de la gaîne et indépendantes l'une de l'autre appartiennent à M. Sédillot, tandis que la lame mousse, en remplacement de l'olive, caractérise l'instrument de M. Voillemier. Mais nous avons montré les

défauts que présentent les instruments de chacun de ces inventeurs et nous croyons être arrivé à une combinaison nouvelle. En effet une invention n'est jamais une création, mot qui n'a pas de raison d'être ; une invention n'est jamais qu'une combinaison nouvelle d'éléments préexistants ; à ce titre nous croyons devoir revendiquer comme nouveau l'instrument dont nous allons faire la description. »

Sous le numéro 4 se trouve inscrite la relation d'un instrument nouveau, ingénieux, et sur lequel votre commisson de 1875 désire fixer l'attention du public médical et des futures commissions d'Argenteuil. En effet, si l'invention, qui n'a point encore reçu sa sanction de l'expérience clinique, venait à réaliser les perfectionnements qu'en attend l'auteur, elle deviendrait digne d'une récompense beaucoup plus importante que celle que nous aurons à vous proposer cette année.

L'inventeur de ce nouveau cathéter, M. Squire, a produit son instrument sous le nom de « cathéter prostatique vertébré ». Cette désignation montre de suite qu'il s'agit de remédier à la dysurie prostatique au moyen d'un cathéter composé de plusieurs pièces articulées entre elles.

M. Squire, après avoir rappelé que dans les affections de la prostate le canal est à la fois rigide et plus ou moins dévié dans sa portion dite *prostatique*, ajoute que le cathéter métallique est le seul instrument rationnel pour pénétrer en quelque sorte d'autorité dans la vessie distendue. L'auteur reconnaît que bien des fois on est arrêté par une résistance invincible et que le cathéter élastique avec ou sans mandrin peut encore rendre de réels services. J'ignore si le chirurgien américain connaît bien toutes les ressources qu'on peut tirer d'une bonne sonde élastique et d'un bon mandrin ; je me permets d'en douter quelque peu, car, à l'entendre, les cas d'insuccès sont encore fréquents et il n'hésite pas à mettre en cause l'imperfection des instruments. Il insiste sur la nécessité de doter l'arsenal chirurgical d'un instrument qui soit à la portée des chirurgiens les plus inexpérimentés, voire même des malades qui sont atteints de rétention prostatique.

Voici sur quel principe M. Squire base sa conception instrumentale : Quand l'urèthre est souple, il se prête et s'adapte à la forme et à la courbure du cathéter rigide ; mais lorsque c'est l'urèthre qui résiste, parce que la portion profonde de ce canal est indurée ou déviée plus ou moins brusquement dans un sens

ou dans un autre, ce n'est plus l'urèthre qui doit s'adapter sur le cathéter, c'est l'instrument, à la fois souple et résistant, qui va se conformer à la forme pathologique du canal et franchir l'obstacle en en prenant en quelque sorte le moule.

L'instrument de M. Squire est une sonde d'argent faite d'une seule pièce jusque vers l'extrémité vésicale; celle-ci, au lieu d'être rigide, de présenter une courbure fixe et dans un sens unique, se compose d'une série de petites pièces articulées, mobiles, d'où la possibilité de voir prendre à cette partie de l'instrument telle ou telle courbure antéro-postérieure jointe à ses déviations alternatives de droite à gauche. L'extrémité vésicale de l'instrument de M. Squire est un véritable petit serpent métallique résistant et qu'on pousse devant soi à mesure que par la déviation de ses anneaux il se configure réciproquement avec la partie déviée du canal de l'urèthre.

Dix-huit observations sont jointes à l'appui de la description instrumentale et viennent témoigner en quelque sorte de la valeur pratique de ce nouveau cathéter évacuateur. Ces observations, empruntées à la pratique de M. Squire et de plusieurs de ses confrères, laissent beaucoup à désirer; elles sont généralement courtes, se réduisent parfois à de simples mentions et le diagnostic rigoureux fait absolument défaut.

C'est donc une question à revoir; le cathéter vertébré demeurera-t-il dans la pratique ou viendra-t-il se ranger à côté de tant d'autres qui constituent les collections d'instruments? je ne saurais le dire : l'idée, sans être absolument nouvelle comme instrument vertébré, nous a paru ingénieuse et nous n'hésitons pas à recommander l'expérimentation de cette nouvelle ressource dans les dysuries urgentes.

N° 5. — De l'hypospadias périnéo-scrotal et de son traitement chirurgical, par M. le docteur Duplay, chirurgien des hôpitaux.

Les perfectionnements apportés à la cure des difformités congénitales constituent un des chapitres les plus intéressants de la chirurgie réparatrice. Les usages académiques ayant permis aux nombreuses commissions d'Argenteuil de récompenser les travaux qui, sans répondre à la question des rétrécissements de l'urèthre, se rattachent néanmoins à la pathologie urinaire, le mémoire dont je viens d'indiquer le titre avait tout naturellement sa place dans la seconde classe des candidats possibles pour le concours de 1875.

Au début de ce rapport, j'exprimais le regret éprouvé par votre commission de voir si peu de candidats inscrits pour le concours, et j'invitais pour l'avenir les travailleurs en leur disant qu'on serait toujours heureux parmi nous de récompenser leurs efforts. A l'appui de cette pensée que je viens de rappeler je citerai comme un exemple bien approprié la question de l'hypospadias. Après les recherches de Nélaton, de Richard et de notre rapporteur sur la restauration de l'épispadias complexe, il était bien naturel que les chirurgiens s'occupassent de l'hypospadias. Il suffirait en quelque sorte, qu'on me passe l'expression, de retourner la figure pour transporter à l'hypospadias ce que nous avions fait pour la fissure supérieure de l'urèthre ; aussi dans ces dernières années pouvons-nous signaler, après le travail de M. Bouisson (de Montpellier), celui de M. Moutet, puis celui de M. Théophile Anger et enfin celui de M. Duplay, sans passer sous silence le travail publié par le professeur Thiersch (de Leipzig), en 1869. N'est-il pas regrettable que les différents mémoires que je viens de rappeler ne se présentent pas tous quatre de front pour lutter devant l'Académie, non pas pour obtenir le prix d'Argenteuil, ce qui serait contraire à nos règlements, mais pour obtenir une récompense tout aussi importante, tout aussi enviable ?

La thérapeutique de l'hypospadias est aujourd'hui bien déterminée ; il reste à peine quelques petits points de détail qui laissent encore à désirer dans l'exécution du manuel opératoire ; mais si cette laborieuse anaplastie de l'urèthre mal conformé est actuellement bien connue, c'est grâce aux efforts des travailleurs dont j'ai cité plus haut les noms ; n'est-il donc pas regrettable que par suite d'une circonstance fortuite l'Académie se trouve obligée de récompenser un seul de ces travailleurs alors que l'effort a été en quelque sorte commun et simultané? Je regrette pour ma part de ne pouvoir comparer ici le mémoire de M. Anger à celui de M. Duplay, j'aurais aisément démontré, sans diminuer le mérite de personne, que l'un et l'autre étaient dignes d'une récompense. Mais puisque M. Duplay aborde seul le jugement de la commission d'Argenteuil, je suis en droit d'adresser à son travail quelques objections de détail que je résumerai brièvement.

La restauration de l'hypospadias n'est autre chose que la reproduction de ce qui avait été fait dès 1852 par Nélaton au

sujet du traitement de l'épispadias. Les procédés de MM. Moutet, Anger, Thiersch et Duplay ne sont que les différents procédés d'une même méthode d'autoplastie imaginée par Nélaton, autoplastie par doublure ou mieux autoplastie par double superposition de lambeaux ; il n'y a donc pas lieu de parler en 1875 d'une nouvelle méthode applicable au traitement de l'hypospadias, puisque la méthode et ses procédés avaient été décrits et figurés il y a plus de vingt ans. Peut-être pourrait-on être surpris de voir le nom de Nélaton faire défaut à l'occasion de l'historique d'une question à laquelle se trouve forcément attaché le souvenir de mon illustre maître et ami.

A côté de ces *desiderata* je signalerai comme ayant été particulièrement appréciées de la commission : 1° la manière méthodique et claire dont M. Duplay a divisé son travail ; 2° la division de la cure de l'hypospadias en trois temps ; 3° l'idée fondamentale de réserver jusqu'à la fin une ouverture scrotale comme un moyen de détourner l'urine de la nouvelle voie que lui a créée le chirurgien. Remarquons néanmoins que cette idée de la dérivation avait déjà été indiquée par M. Ricord dans le traitement des fistules uréthro-péniennes. J'ajouterai que la restauration du méat appartient tout entière à M. Duplay, et qu'il n'est pas douteux, ainsi que cela ressort de l'examen des malades opérés, que cette restauration du méat ne soit un complément indispensable de l'autoplastie bien faite.

L'expérience que j'ai moi-même de ce sujet spécial m'autorise à une dernière remarque : dans le mémoire de M. Duplay, ce qui est relatif à la suture des différents lambeaux laisse notablement à désirer. Je ne doute pas que de nouvelles opérations ne viennent bientôt convertir notre jeune confrère à cette idée que la suture enchevillée, que quelques points de suture entortillée assureraient bien mieux les contacts des bords et des surfaces avivées, dans le procédé qu'il croit devoir recommander particulièrement. Dans le mémoire que j'analyse, il n'est question que de la suture à points séparés ; je puis affirmer, pour en avoir fait personnellement l'emploi et en m'en tenant strictement à la description donnée par M. Duplay, que ce mode de synthèse est absolument insuffisant. J'émets l'espoir que dans l'avenir la cure de l'hypospadias sera facile et en quelque sorte certaine si les chirurgiens savent faire un choix judicieux des divers moyens recommandés par MM. Duplay et Th. Anger, moyens qui ne

sont que le développement des principes de la méthode de Nélaton.

N° 6. — Note relative à la fabrication et à l'emploi en chirurgie des nouvelles bougies filiformes dites à crins de Florence, par M. Bénas, fabricant d'instruments en gomme.

L'usage des bougies filiformès, indispensables pour la dilatation des rétrécissements extrêmes de l'urèthre, s'est beaucoup répandu depuis que ces bougies ont été utilisées sous le nom de bougies conductrices ou bougies armées. La fabrication de ces petits instruments a toujours laissé beaucoup à désirer : tantôt la rigidité de la bougie filiforme était insuffisante pour franchir l'obstacle ; d'autres fois la résistance de ce conducteur était obtenue aux dépens de sa solidité, et l'on a vu bien des bougies se rompre pendant les tentatives d'introduction, ou bien encore se briser sous les efforts de l'extraction. L'expérience a montré surabondamment la gravité de ces complications en apparence bien légères.

Un fabricant de sondes a eu l'idée de tisser la trame de ses bougies sur une tige à la fois très-menue et absolument résistante à toute tentative de brisure. Une substance appelée commercialement le crin de Florence ou intestins du ver à soie a parfaitement rempli les indications, et aujourd'hui nous sommes en possession de bougies de 1 millimètre de diamètre, terminées par une alêne, ayant à leur centre un crin de Florence, et capables de résister aux plus fortes tractions. Dans la fabrication des bougies armées on a pu ajouter jusqu'à quatre crins de Florence et augmenter ainsi par un artifice la résistance du côté de l'armature.

Les bougies filiformes tissées sur le crin de Florence sont plus souples que celles en baleine; on peut leur faire prendre, par le simple massage, toutes les formes que la pratique a recommandées comme propres à faciliter le cathétérisme; elles peuvent se tortiller, se dévier en forme de baïonnette, etc., etc., au gré de l'opérateur.

Il n'est point douteux que la pratique des maladies des voies urinaires ne tire un notable profit de la petite invention que l'auteur vient de soumettre à votre jugement.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Réflexions critiques sur l'emploi du fer dans le traitement de la chlorose (1);

Par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin des hôpitaux.

Dans l'une des dernières séances de la Société de thérapeutique (2), à propos des applications du sang soluble, M. Trasbot a élevé quelques doutes sur l'utilité, chez les animaux, des préparations ferrugineuses dans le traitement de la chlorose ; nous avons soutenu la même opinion, tandis qu'au contraire, M. Constantin Paul maintenait la grande efficacité des préparations martiales pour la cure des anémies.

Nous venons aujourd'hui vous dire quelles sont les raisons qui nous font penser que le fer ne donne pas, dans le traitement de la chlorose, tout le bon résultat qu'on serait en droit d'en attendre, d'après les idées généralement reçues; mais, avant d'entrer dans de plus longs développements, permettez-nous de résumer aussi brièvement que possible les phases successives de l'histoire thérapeutique des préparations ferrugineuses.

C'est, à coup sûr, l'idée que l'on attribuait au fer, qui représentait la force et que l'on avait placé sous l'invocation de Mars, qui a dû guider les premiers médecins qui ont employé les préparations martiales; elles s'adressaient à toutes les maladies où il fallait relever les forces, et l'observation vint confirmer, dans une certaine mesure, cette opinion. Nous trouvons là quelque chose de très-analogue et de très-comparable à cette méthode empirique, dite *thérapeutique des similitudes*, qui veut que la carotte guérisse la jaunisse parce que dans l'une comme dans l'autre on trouve la même coloration.

Toujours est-il qu'au milieu du dix-huitième siècle voici quelle était l'opinion des médecins sur les préparations de fer et en particulier sur les eaux ferrugineuses. Dans une matière médi-

(1) Communication faite à la Société de thérapeutique dans la séance du 26 avril 1876.

(2) Voir séance du 22 mars, *Bulletin de Thérapeutique*, p. 329, nº du 5 avril.

cale manuscrite, de Ferrein (1754), que nous possédons, nous trouvons résumées en ces mots les vertus des eaux ferrugineuses : 1° *Sunt temperantes*, dit il, 2° *diluentes*, 3° *solvunt et aperiunt*, 4° *vi stomachica donantur*, 5° *vi cathartica*, 6° *vi astringente*, 7° *diureticæ sunt*. Au moment où Ferrein traçait ces lignes, il se faisait en Italie une découverte importante : Galeati (1), Menghini (2), Badia (3) constataient successivement la présence du fer dans le sang.

La découverte des médecins de Bologne et de Venise transformait l'emploi, jusque-là empirique, du fer en une thérapeutique rationnelle. Les symptômes observés étant dus à une diminution de fer dans le sang, il fallait pour les combattre user des préparations ferrugineuses, et c'est appuyées sur ces nouvelles données qu'elles prirent un nouvel essor.

Mais à partir de cette époque les recherches simultanées faites sur le grand groupe des affections cachectiques et les analyses plus précises du liquide sanguin modifièrent peu à peu le problème ; en effet, pendant qu'en Italie on trouvait le fer dans le sang, Lieutaud (4) (1730), Alberti (5) (1732), Isenflamm (6) (1764) séparaient les anémies du groupe des cachexies, où jusque-là elles avaient été confondues, et Fréd. Hoffmann (7) (1753) détachait de ce groupe une anémie spéciale à laquelle il donnait le nom de *chlorose*.

Ces connaissances cliniques se précisèrent de plus en plus, et l'on s'efforça d'établir des différences bien tranchées entre la chlorose et les autres anémies ; dans ces derniers temps, cette distinction a été poussée jusque dans ses dernières limites, et l'on a voulu que la chlorose fût essentiellement caractérisée par la diminution des globules sanguins, avec intégrité des autres éléments du sang ; c'est l'*oligocythémie* de Jaccoud (8) ; tandis qu'au

(1) Galeati, *De ferreis particulis quæ in corporibus reperiuntur* (*Instit. Bonon. Comment.*, 1746, t. II, part. II, p. 20).

(2) Menghini, *De ferrearum particularum sede in sanguine* (*Instit. Bonon. Commentarii*, 1746, t. II, part. II, p. 244 et part. III, p. 475).

(3) Badia, *Opusculi scientifiche e filologici* (*Venezia*, t. XVIII, p. 242).

(4) Lieutaud, *Elementa physiologiæ*, 1749.

(5) Alberti, *De anemia seu sanguinis defectu*. Halle, 1732.

(6) Isenflamm, *De anemia vera et spuria*. Erlangæ, 1764.

(7) Hoffmann, *De genuina chlorosis indole, origine et curatione op. omn.*, p. 390. Genève, 1753.

(8) Jaccoud, *De l'humorisme moderne*, p. 78 .

contraire dans les autres anémies on trouverait non-seulement une diminution de globules, mais encore une diminution dans la fibrine et dans l'albumine et une augmentation de l'eau.

Tandis que ces distinctions s'établissaient dans la clinique, les travaux de Berzélius, de Prévost et Dumas, d'Andral et Gavarret, de Lecanu, de Mulder, de Robin et Verdeil, de Denis, de Fr. Simon, de Lehmann, de Mialhe, de Boussingault, etc., permettaient de mieux connaître la composition intime du sang et l'on constatait dans la constitution du globule sanguin la présence d'une substance renfermant presque exclusivement le fer: c'était l'hématosine (1).

Boussingault (2), dans ses remarquables travaux sur la présence du fer dans l'économie, a montré que si l'albumine et la fibrine du sang contenaient, il est vrai, de très-faibles proportions de fer, c'étaient les globules et l'hématosine en particulier qui en renfermaient la plus grande quantité.

Ainsi donc, comme on le voit, les recherches cliniques et les analyses chimiques arrivaient au même but: elles montraient les unes et les autres que, dans la chlorose, les globules sanguins diminuaient en nombre et que cette diminution entraînait par cela même un abaissement du chiffre du fer contenu dans le sang. Le problème avait changé de face: ce n'était plus le fer qui faisait défaut dans la chlorose, c'étaient les globules; et, pour combattre les symptômes observés, il fallait s'adresser désormais à la formation des globules sanguins, c'est-à-dire aux fonctions de nutrition et d'assimilation. Le fer n'avait donc plus le pre-

---

(1) Pour Hoppe, Seyler, la formule de l'hématosine serait la suivante: ($C^{96}H^{102}Az^{12}Fe^{3}O^{18}$). La formule de Mulder était différente, elle était représentée par les chiffres suivants ($C^{44}H^{22}Az^{3}FeO^{6}$).

Cette présence du fer comme partie constituante du globule n'a pas été admise sans débats. Ainsi Wells, Braude, Mulder, van Gondœver, ont nié la présence du fer dans l'hématosine, ou du moins ils ont prétendu que la coloration rouge de l'hématosine n'était point due au fer. Dans un travail plus récent, MM. Jolly et Paquelin ont aussi nié la présence du fer dans l'hématosine, mais la thèse récente de M. Cazeneuve sur l'hématosine montre les causes d'erreur qui ont fait repousser l'idée du fer dans l'hématosine, et la présence de ce corps est désormais un fait acquis à la science.

(2) Les globules contiendraient sept fois plus de fer que la fibrine et quatre fois plus que l'albumine (Boussingault, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 27 mai et 29 juillet 1872).

mier rôle dans la cure des anémies et, s'il agissait, ce n'était qu'en favorisant la formation de certains éléments du sang.

Ces idées se répandirent peu à peu et Trousseau vint leur donner l'appui de sa grande autorité en considérant le fer comme étant un médicament qui agissait surtout en excitant le sens gastrique (1). Aussi, à partir de ce moment, les médecins commencèrent-ils à mettre plus de modération dans l'emploi des préparations ferrugineuses et lui substituèrent peu à peu les moyens hygiéniques. Mais à mesure que le corps médical montrait plus de froideur au sujet de l'emploi thérapeutique du fer, les pharmaciens, au contraire, enrichissaient chaque jour la matière médicale de nouvelles préparations martiales. Comment expliquer cette double tendance, dont l'une semble être l'exclusion de l'autre? Par ce fait que, soit par négligence, soit malheureusement par ignorance, les praticiens ne formulent pas les préparations ferrugineuses et se contentent de les prescrire avec le nom qui les caractérise. Les familles en ont profité pour traiter, sans l'avis du médecin, leurs enfants chlorotiques. Ne voyons-nous pas, en effet, chaque jour, lorsque nous sommes appelés dans les familles, les mères nous dire qu'avant de réclamer nos avis elles ont déjà employé les pilules ou la préparation de messieurs tels et tels? Ainsi donc, comme on le voit dans un très-grand nombre de cas, la prescription des préparations de fer est tombée, pour ainsi dire, dans le domaine public et n'est plus restée exclusivement entre les mains des médecins; c'est ce qui explique, à notre sens du moins, leur vogue toujours croissante.

Avant de savoir si, dans le travail de reconstruction organique, le fer est supérieur aux autres médications, voyons la quantité de fer qui disparaît de l'économie à la suite de l'anémie. Prenons par exemple une jeune fille du poids de 60 kilogrammes, ce qui est un poids considérable. D'après les recherches de Boussingault (2), la proportion de fer serait, par rapport au poids total du corps, représentée par le chiffre de 0,00011, ce qui ferait, dans notre cas, 5,454 de fer que renfermerait le corps de la jeune fille. Mais cette quantité de fer est répartie non-

(1) Trousseau et Pidoux. *Traité de thérapeutique*, 6e édition, p. 10, t. I.

(2) Boussingault a trouvé dans les cendres d'un mouton pesant 32k,07, 3,38 de fer, soit les 0,00011 du poids du corps; en comburant une souris pesant 27 grammes, il a trouvé 0,0030 de fer, soit encore 0,00011 du poids du corps.

seulement dans le sang, mais encore dans toutes les parties constituantes de l'économie, muscles, os, viscères, etc. Aussi pour connaître la part qui revient sur ce chiffre à la masse du sang, il faut d'abord évaluer la quantité totale du liquide sanguin et, une fois ce chiffre connu, nous aurons celui du fer qui y est renfermé.

Si nous nous en rapportons aux travaux de Herbs, de Piorry, de Weber et Lehmann, de Bischoff, on voit que la quantité totale du sang, par rapport au poids du corps, est en moyenne comme 1 est à 12 ou à 13. Dans notre cas la jeune fille pesant 60 kilogrammes, la quantité du sang varierait de 4 à 5 kilogrammes.

Ce liquide, d'après les recherches d'Andral (1) et Gavarret et confirmées par Boussingault, contenait 0,5063 de fer pour 1000, de sorte que la quantité de fer contenue dans le sang de notre sujet serait de 2 grammes à 2g,50.

Cette quantité de fer n'appartient pas exclusivement aux globules; une certaine part doit être répartie à l'albumine et à la fibrine (2), ce qui diminue d'autant la quantité qui est réservée aux globules. Ces derniers seuls dans la chlorose subissent une diminution plus ou moins marquée, mais qui n'atteint jamais plus du quart ou du tiers du chiffre total des globules; de telle sorte qu'en admettant notre jeune fille chlorotique et en nous reportant aux chiffres précédents, nous voyons que la diminution du fer dans cette maladie est des plus minimes et est représentée par des chiffres qui oscillent entre 10 et 50 centigrammes au maximum.

Cette faible quantité de fer qu'a perdue l'économie lui est

(1) Voici les chiffres donnés par Andral et Gavarret :

Fibrine....................	0.3	contiendrait	0.00014	de fer.
Albumine....................	7.0	—	0.00604	—
Globules....................	12.7	—	0.04445	
Matière minérale..........	1.0	—	»	
Eau........................	79·0	—	»	
	100.0		0.05003	

(2) Boussingault donne les chiffres suivants dans les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. LXXV, 1872, p. 230 :

Les globules	renfermeraient	0,1350	de fer métallique par 100 grammes.
Albumine....	—	0.0863	—
Fibrine.....	—	0.0466	

rendue, pour ainsi dire, chaque jour par l'alimentation, et pour la démonstration de ce fait nous invoquerons encore les chiffres émis par Boussingault : analysant la ration du soldat et de l'ouvrier, et particulièrement celle de l'ouvrier anglais, Boussingault (1) a trouvé que cette ration renfermait de 6 à 10 centigrammes de fer, et nous pouvons affirmer que dans les familles aisées, où l'alimentation est beaucoup plus succulente, cette proportion de fer doit être considérablement augmentée.

Les développements dans lesquels nous venons d'entrer et les chiffres que nous avons fournis montrent bien que les préparations ferrugineuses peuvent agir dans la chlorose, non pas en remplaçant le fer qui a disparu, mais bien en stimulant les fonctions du tube digestif et en favorisant les phénomènes de nutrition et d'assimilation.

Réduites à ces justes proportions, voyons maintenant si les préparations ferrugineuses sont supérieures aux autres médications, qui ont aussi pour but de stimuler le travail organique. Sans fermer les yeux sur les guérisons que l'on obtient quelquefois par le seul emploi du fer dans le traitement de la chlorose, nous pensons néanmoins que ces résultats favorables ont été très-exagérés, et que, dans un grand nombre de cas, les moyens hygiéniques l'emportent de beaucoup sur les préparations martiales. Nous pouvons ici invoquer notre pratique personnelle. Appelé depuis longtemps à diriger le service médical de l'École normale supérieure des institutrices du département de la Seine, nous avons sous nos yeux une centaine de jeunes filles, de quinze à dix-huit ans, qui offrent toutes, par suite de leurs travaux, des symptômes de chloro-anémie plus ou moins accusés. Nous n'avons jamais vu le fer seul améliorer ou amender ces phénomènes, et ce n'est qu'en introduisant l'hydrothérapie et la gymnastique dans cet établissement scolaire que nous avons combattu ces états anémiques.

Si nous ajoutons à cette action incertaine du fer les nombreux inconvénients que présente cette médication, tels que les douleurs d'estomac, la constipation, l'excitation du système nerveux, inconvénients connus de tous et sur lesquels nous ne voulons pas

(1) D'après Boussingault, la ration du marin et du soldat en France renfermerait 0,0660 à 0,0780 de fer ; pour l'ouvrier anglais la quantité de fer serait plus forte, elle serait de 0,0912, et en Irlande elle s'élèverait à 0,1090.

insister, on comprendra facilement que nous reléguions au second rang dans la cure de la chlorose les préparations ferrugineuses, et que nous donnions le premier pas aux agents diététiques et à d'autres médicaments, tels que le quinquina et l'arsenic. Nous croyons en effet que l'hygiène thérapeutique, qui doit occuper de nos jours dans l'art de guérir une place de plus en plus considérable, doit s'attribuer une part presque exclusive dans le traitement de la chlorose, et c'est chose banale que de rappeler ici l'action favorable du grand air, de l'hydrothérapie, des bains de mer, de la gymnastique, etc.

Dans ces courtes réflexions nous n'avons pas la prétention de tracer un tableau complet de la médication anti-anémique ; aussi serons-nous des plus brefs sur ce point ; nous bornant seulement à appeler l'attention sur quelques points qui nous paraissent trop souvent oubliés. C'est d'abord le rôle important du choix des aliments ; Boussingault nous a donné à cet égard une liste (1) que l'on devrait toujours avoir sous les yeux lorsque l'on établit les bases du traitement de la chlorose ; puis c'est l'action si favora-

(1) Voici les chiffres de Boussingault :

Sang de bœuf renferme pour 1000	0.0375	de fer.
— de porc	0.0634	—
Chair musculaire de bœuf	0.0048	—
— de veau	0.0027	—
— de poisson (merlan)	0.0015	—
Morue dessalée (chair)	0.0042	—
OEufs de poule sans la coque	0.0057	—
Colimaçon sans la coquille	0.0036	—
Os de bœuf frais	0.0120	—
Os de pied de mouton	0.0209	—
Pain de froment	0.0048	—
Haricots blancs	0.0074	—
Avoine	0.0131	—
Lentilles	0.0083	—
Pommes de terre	0.0016	—
Lait de vache	0,0018	—
Carottes	0,0009	—
Maïs	0,0036	—
Riz	0,0015	—
Pommes	0,0020	—
Epinards	0,0045	—
Choux (feuilles vertes)	0,0039	—
Vin rouge de Beaujolais, par litre	0.0109	—
Bière	0,0040	—
Eau de Seine (Dhuis)	0.00104	—

(*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. LXXIV, p. 22 ; 1872, p. 1354.)

ble dans cette maladie des bains d'air comprimé, action que le docteur Moutard-Martin a été l'un des premiers à bien mettre en lumière. Nous pourrons ajouter à ces moyens hygiéniques l'emploi à l'intérieur des préparations de quinquina, de bromure de potassium et d'arsenic ; l'élément nerveux joue un rôle trop considérable dans la chlorose pour que cette affection ne soit pas tributaire, dans certains cas, de la médication bromurée ; le professeur A.-H. Lebert, dans son récent article (1) sur l'anémie, rappelait avec juste raison les avantages de cette médication. Quant à l'arsenic, grâce à la stimulation qu'il détermine dans les fonctions du tube digestif, grâce aussi aux obstacles qu'il élève aux phénomènes de déperdition, il est appelé à rendre dans le traitement de la chlorose les plus importants services.

En résumé donc, sans nier les bons effets que l'on peut tirer quelquefois dans le traitement de l'anémie de l'emploi du fer et surtout des eaux ferrugineuses qui doivent occuper le premier rang dans cette médication, nous pensons néanmoins que ce médicament est l'égal et le plus souvent l'inférieur des autres agents thérapeutiques que l'on peut mettre en usage pour augmenter l'activité du travail de nutrition et d'assimilation, et que c'est dans l'emploi méthodique de ces derniers moyens que le médecin trouvera surtout les véritables éléments du traitement curatif de la chlorose.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

Sur les voies d'élimination et d'action élective de la quinine (2);

Par les docteurs Pietro Albertoni et Francesco Ciotto.

Les cinq expériences précitées prouvent que :

1° L'on peut constater la présence de la quinine dans la bile de deux à cinq heures après l'introduction de cette substance dans l'estomac (I, II, III) ;

---

(1) Lebert, *De l'anémie oligocythémie, dysémie* (*Archives générales de médecine*, 1876, p. 388).

(2) Suite et fin. Voir le précédent numéro.

2° Cette voie d'élimination de la quinine est assez active, puisque cet alcaloïde s'est trouvé en quantité évidente dans la bile deux heures seulement après l'ingestion, et après l'ingestion de 60 centigrammes seulement de quinine (exp. III). Nous apprenons aussi par là que chez le chien elle produit en vingt-quatre heures 400 grammes de bile en moyenne, alors que nous ne devions compter que sur quelques grammes de bile (de 9 à 20), comme on le trouve ordinairement dans la vésicule biliaire des animaux immolés;

3° Bien que quelquefois la quinine ne se présente dans la bile que deux heures et demie après son ingestion par la bouche (exp. IV, V), cela n'empêche pas que la voie physiologique d'élimination de cette substance soit toujours encore la sécrétion hépatique.

Cela démontre seulement que ce processus d'élimination sécrétoire est plutôt lent ; et l'on sait justement que la lenteur est un caractère anatomo-physiologique de la sécrétion biliaire, contrairement à la rapidité de l'élimination urinaire.

Et cela est si vrai, que, justement chez les mêmes animaux (exp. IV et V) chez lesquels deux heures et demie après la quinine n'était pas encore apparue dans la bile, on trouvait cependant déjà cette substance en quantité évidente dans le foie.

Le résultat positif, que dans la sécrétion biliaire passe la quinine administrée par la bouche, nous semble important.

La porte commune d'entrée de la quinine, comme de presque tous les médicaments, est le tube digestif, le long duquel leur absorption (d'après les expériences de Kerner) (1) est favorisée dans l'estomac par la présence d'acides libres et spécialement de l'acide chlorhydrique ; dans l'intestin, au contraire, elle est rendue moins facile par l'alcalinité du suc entérique et pancréatique, et plus encore par les acides biliaires, qui forment avec la quinine des combinaisons insolubles, bien que celles-ci puissent le redissoudre dans un excès de ces acides (Franz de l'Arbre) (2); de sorte que l'absorption de la quinine ne se fait que discrètement dans l'intestin, dans les conditions physiologiques.

Une fois entrée par l'absorption gastro-entérique dans la cir-

---

(1) J. Kerner, *Arch. physiol.*, III, 24, p. 95, 1870.

(2) *Sur l'union de quelques alcaloïdes avec les acides biliaires*, par W. Franz de l'Arbre. Dorpat, 1871.

culation de la veine porte, la quinine trouve une voie anatomo-physiologique naturelle d'élimination dans la sécrétion biliaire. Nos expériences démontrent *positivement* ce fait; si d'autres n'ont pu l'observer jusqu'ici, cela veut dire seulement que les auteurs se sont placés dans des circonstances moins favorables pour obtenir le passage de la quinine ou pour en constater l'existence.

La présence de la quinine dans la sécrétion biliaire sert à établir et à reconnaître le fait important de *l'électivité et la manière d'agir* de cette substance ; car elle montre comment cet alcaloïde se met de cette façon en contact intime avec les cellules hépatiques, qui constituent l'élément fonctionnant du foie, et dont la bile est le produit complexe d'élaboration sécrétoire.

On peut en conclure, comme conséquence physio-pharmacologique, que la quinine exerce son action sur le foie, déduction qui a été confirmée par quelques autres de nos expériences (qui pour cela doivent être poursuivies) démontrant que la quinine, introduite surtout par les voies alimentaires, paraît s'arrêter de préférence dans le foie et dans la rate.

Ainsi chez un homme de quarante-quatre ans, malade de phthisie pulmonaire, suite de pulmonie caséeuse, qui avait pris, cinq jours avant sa mort, plusieurs doses de sulfate de quinine, puis était resté quatre jours sans en prendre, et auquel de nouveau la veille de la mort on avait administré 1 gramme de sulfate de quinine en cinq paquets, nous avons trouvé la quinine dans le foie et dans la rate, sans aucune trace de cette substance dans l'encéphale, le cœur, ni dans l'urine dont on recueillit 37 centimètres cubes dans la vessie, ni dans la bile contenue dans la vésicule.

Nous ne pouvons terminer ces remarques sans ajouter un avertissement important au sujet de l'absorption gastro-entérique de la quinine et (assez probablement) de beaucoup d'autres substances. Cet avertissement nous a été imposé par l'expérience suivante :

Expérience VI. — Chien de 8k,500. On tire dehors le duodénum, et on lie le canal cholédoque à son embouchure dans cet intestin ; puis on incise l'œsophage, et par cette ouverture on injecte 1 gramme de sulfate acide de quinine dissous dans l'eau; cela fait, on lie l'œsophage au-dessous de l'ouverture. Cinq heures après on sacrifie l'animal : on recueille de la carotide 135 grammes de sang, et la bile trouvée dans la vésicule, soit 15 grammes.

Aucune trace de quinine dans le sang ni dans la bile.

Ici nous ne trouvâmes de quinine ni dans la bile ni dans le sang cinq heures après avoir injecté dans l'œsophage 1 gramme de l'alcaloïde. Il n'en était pas passé dans la sécrétion biliaire par le simple motif qu'il n'avait été aucunement porté dans la circulation hépatique. En effet, la ligature du canal cholédoque que nous avions pratiquée dans le but de ne rien laisser passer dans le canal intestinal, eut au contraire pour conséquence que, par l'ouverture des parois ventrales, la circulation de la veine porte vers le foie fut interrompue.

Voici donc une possibilité non équivoque, qui arriverait à faire nier le passage de la quinine par la bile.

ARTICLE II. — *La quinine, entrée dans la circulation par d'autres voies, différentes de celles du système de la veine porte, peut-elle sortir avec la bile, ou seulement avec l'urine?*

Après nous être assuré que la quinine, donnée par la bouche, passe, au bout de quelques heures, dans la bile, il importait de savoir si cet alcaloïde passait également dans la bile lorsqu'on l'introduisait dans l'organisme par un autre point, c'est-à-dire directement dans la circulation générale, en l'injectant dans la veine fémorale ou dans la jugulaire. Nous rapportons quelques expériences :

EXPÉRIENCE VII.—Chez un chien de 11 kilogrammes on injecte dans la veine jugulaire 1 gramme de sulfate acide de quinine, dissous dans 100 grammes d'eau. A peine déposé à terre l'animal présente la plus grande incertitude dans tous les mouvements, tient les pattes écartées, cherche à s'appuyer à la table et au mur, conservant toute son intelligence. Ces symptômes vont en se dissipant dans l'espace de quelques heures.

On sacrifie l'animal six heures après. On recueille l'urine, dont la quantité est de 50 grammes; ensuite la bile et le contenu intestinal en lavant l'intestin avec de l'eau additionnée d'acide sulfurique.

On constate une grande quantité de quinine dans l'urine. On n'en trouve pas dans la bile et le contenu de l'intestin.

EXPÉRIENCE VIII. — Chien de 6 kilogrammes. On injecte dans la fémorale 30 centigrammes de sulfate acide de quinine, dissous dans 60 grammes d'eau. L'animal ne peut se soutenir sur ses pattes, et fait des tentatives vaines et désordonnées pour se tenir debout. Deux heures après l'injection on le tue, et l'on recueille 5g,50 d'urine, 3 grammes de bile, 155 grammes de foie, 54 grammes de cerveau et 48 grammes de cœur.

Le dernier éther étant évaporé, on dissout le résidu dans un

centimètre cube d'eau acidulée. A la moitié on ajoute de l'eau de chlore et de l'ammoniaque, et il apparaît une belle couleur vert foncé, et, par l'addition d'ammoniaque en excès, on a un abondant précipité blanc; avec l'autre moitié, traitée par l'eau de chlore, le ferrocyanure de potassium et l'ammoniaque, ona une couleur rouge intense.

Dans la bile et le foie, par les mêmes procédés, on ne trouve pas de quinine, que l'on constate au contraire dans le cœur et le cerveau.

De ces expériences et d'autres encore il appert que lorsqu'on fait prendre à la quinine une voie artificielle d'introduction dans l'organisme, on l'empêche d'aller directement par la circulation de la veine porte à travers le foie, et alors la quinine n'est plus sécrétée par la bile, mais par l'urine. Et c'est tout naturel ; en effet, la quinine, entrée par la veine jugulaire ou par la fémorale, arrive au cœur, et par l'aorte est envoyée à l'encéphale et aux reins ; et ce n'est que par le trajet long et indirect de la circulation abdominale qu'elle peut arriver avec la veine porte au foie.

Il y a un précepte pratique utile à tirer des résultats précédents : c'est que la méthode d'introduire la quinine dans l'organisme par les injections veineuses ou hypodermiques, n'est pas faite autant pour guérir les maladies hépatico-abdominales que pour agir sur le système nerveux central et sur le cœur. Et cela est d'accord avec l'opinion suivante de Schroff (1) au sujet de l'administration de la quinine, et l'explique en même temps. L'illustre pharmacologiste écrit : « L'application hypodermique ne mérite d'être mise en œuvre que dans les cas, certainement très-rares, où l'administration de cette substance à l'intérieur n'est pas possible. On choisit alors le sulfate acide de quinine, facilement soluble dans l'eau, et à la dose de 10 à 15 décigrammes dans 8 grammes d'eau (2). *Dans ce cas, l'action thérapeutique n'est pas aussi sûre que l'action physiologique.* »

En effet, la quinine, injectée dans les veines fémorales ou intro-

(1) Schroff, *Trattato di materia medica*. Traduction italienne avec additions du professeur Semmola. Naples, 1876.

(2) 8 grammes ne seraient pas suffisants pour une solution parfaite, mais il faut aller jusqu'à 11. Pour pouvoir le dissoudre dans huit parties et même dans sept, il convient d'ajouter de l'acide tartrique ou chlorhydrique. C.

duite par les veines périphériques, ne va pas s'engager directement dans le système porte et dans les viscères abdominaux, où s'exerce spécialement son action thérapeutique, mais s'élimine copieusement par l'urine, et pas du tout par la bile.

ARTICLE III. — *La quinine prise par la bouche sort-elle en partie par la circulation entéro-hépatique, sans passer par la circulation générale?*

Avant tout, rappelons-en quoi consiste, anatomiquement et physiologiquement, la *petite circulation entéro-hépatique.*

Les branches initiales de la veine porte conduisent les matériaux absorbés dans le tube gastro-entérique au foie, d'où ils sortent directement avec la sécrétion biliaire, et parcourent avec elle l'intestin, abandonnant l'organisme sans aller avec le sang sus-hépatique au cœur, et du cœur (à travers les poumons) à l'encéphale et aux autres parties du corps.

Schiff avait déjà découvert cette voie de circulation par laquelle la bile, en tant que bile, versée par le canal cholédoque dans l'intestin, peut être réabsorbée par les veines mésaraïques, être ramenée par elles dans la circulation du foie, être chassée encore avec sa sécrétion biliaire, et ainsi repasser par les intestins pour être expulsée avec les fèces, au moyen d'une *petite circulation entéro-hépatique.*

Lussana a démontré que cette petite circulation se fait jusqu'à un certain point pour certaines subtances données par la bouche, ou injectées dans le sang de la veine porte, principalement pour le fer et pour le curare.

Et, de cette façon, il arrive à démontrer comment certaines substances peuvent exercer une action presque limitée sur le foie, et comment d'autres peuvent devenir très-toxiques par injections sous-cutanées, tandis quelles sont bien mieux supportées par l'usage interne. Ainsi le fer produit de bons effets d'une manière circonscrite sur le foie, en favorisant la sanguification, quoique à hautes doses, effets que, si nous voulions, nous trouverions encore dans un point éloigné. Ce résultat pourrait avoir lieu pour la quinine; c'est ainsi que la clinique a trouvé la raison physio-pharmacologique de l'obligation d'administrer la quinine à hautes doses pour dompter les fièvres d'accès, bien qu'une bonne partie de la quinine se trouvât encore dans les fèces; et nous, qui avions constaté comment au juste la quinine, administrée par la

bouche, passe par la bile, nous devions chercher si ce passage avec la sécrétion biliaire avait lieu en partie par la petite circulation, sans aller par la circulation générale.

Pour résoudre cette question, nous ne possédons pas de donnée péremptoire. C'est pourquoi rappelons que la quinine, administrée par la bouche, et passant par l'absorption gastro-entérique dans la circulation hépatique, peut être trouvée en quantité manifeste dans la sécrétion biliaire et dans le foie au bout de deux heures et demie. Mais quand nous avons injecté la quinine, directement dans la circulation générale, par la veine fémorale ou par la jugulaire, c'est-à-dire en *s'éloignant de la circulation hépatique de la veine porte*, alors nous n'avons jamais rencontré la présence de la quinine dans la bile.

Tout cela concourt à appuyer l'idée que probablement une petite partie de la quinine prise par la bouche passe immédiatement à travers tout l'organe hépatique par la petite circulation entéro-hépatique, et sort de l'organisme avec la sécrétion biliaire, sans retourner à d'autres voies d'élimination, ni à la circulation générale.

ARTICLE IV. — *Pendant combien de temps la quinine séjourne-t-elle dans l'organisme, et au sein de quels viscères la trouve-t-on?*

La solution de ce problème est importante non-seulement au point de vue physiologique, mais encore au point de vue clinique et pratique, puisqu'on en vient à établir le fait de la *durée*, *de l'immanence*, *du substratum d'action* des quinacées dans les divers traitements.

Nous n'offrons qu'une petite contribution à l'éclaircissement de cette matière. Et voici les données à l'aide desquelles nous pouvons déduire une telle proposition de nos expériences, que nous avons réunies dans un tableau résumé.

En prenant une moyenne résultant des diverses expériences, on voit que la quinine a été trouvée déjà dans le sang dès la première heure après l'ingestion, dans les viscères deux ou trois heures après, dans l'urine trois heures après (1) et dans la bile au bout de quatre heures; elle séjourne dans l'organisme pendant long-

(1) Dans l'urine et dans la salive, la quinine se présente dans un temps encore plus court que celui indiqué par ces habiles expérimentateurs. C.

TABLEAU RÉSUMÉ DES EXPÉRIENCES

Nos D'ORDRE DES EXPÉRIENCES	SUJETS DES EXPÉRIENCES.	POIDS DU CORPS EN KILOGRAMMES.	VOIE D'INTRODUCTION DE LA QUININE.	QUANTITÉ DE QUININE.	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE LA RECHERCHE DE LA QUININE ET SON INTRODUCTION	PRÉSENCE DE LA QUININE DANS						
						LE SANG.	LA BILE.	L'URINE.	LE FOIE.	LA RATE.	LE CŒUR.	L'ENCÉPHALE.
I	chien	8.500	dans l'estomac.	1 gramme de sulfate acide dissous dans l'eau.	sacrifié 3 heures après.	nulle.	nulle.					
II	chien	12.500	id.	id.	id.		oui. 15 gr. de bile.					
III	chien	22.000	id.	id.	2 heures après.	oui.	oui. 20 gr. de bile.					
IV	chien	7.500	dans l'estomac par une fistule gastrique.	60 centigrammes de sulfate acide dissous dans l'eau.	2 h. et demie après.		beaucoup. 9 grammes de bile.	nulle. 3 gr. 50 d'urine.	beaucoup. foie pesait 119 gr.	oui. pesait 12 gr.	nulle. pesait 55 gr.	nulle. pesait 62 gr.
V	chien	5.500	dans l'estomac.	1 gramme de sulfate acide dissous dans l'eau.	id.		nulle.	nulle.	oui.			
VI	chien	18.000	dans l'estomac par une fistule gastrique.	id.	id.		nulle.		oui.	nulle.		
VII	homme		dans l'estomac.		mort le jour suivant.		nulle.	oui.			nulle.	nulle.
VIII	homme	70.000	id.	60 centigrammes.	6 heures après.			oui.				
IX	homme	70.000	id.	id.	id.			oui.				
X	homme	84.000	id.	65 centigrammes.	id.			oui.				
XI	homme	39.000	id.	id.	id.			nulle. 28 gr. d'urine.				
XII	chien	15.000	dans une veine mésaraïque.	2 gr. 30.	mort 20 minutes après d'accès tétanique		nulle. 14 gr. de bile.	oui.				
XIII	chien	11.000	dans la veine jugulaire.	1 gramme de sulfate acide dissous dans 100 grammes d'eau.	6 heures après.		nulle.					
XIV	chien	6.000	dans la veine fémorale.	30 centigrammes de sulfate acide.	2 heures après.		nulle.	beaucoup.	nulle.		oui.	oui.
XV	chien	13.500	dans la veine jugulaire.	60 centigrammes de sulfate acide.	1 heure après.		nulle. 15 gr. de bile.		?	oui.	oui.	?
XVI	chien	16.000	dans la veine fémorale.	70 centigrammes de sulfate acide.	1 h. et demie après.			nulle.	oui.	oui.	oui.	

REMARQUES. Dans l'expérience I on avait, avant l'administration de la quinine, ouvert la cavité abdominale pour lier le canal cholédoque. Dans les expériences VIII, IX, X, XI, la quinine a été recherchée dans l'urine émise dans les premières heures après l'administration. Dans l'expérience XIII on a analysé non-seulement la bile recueillie dans l'intestin, mais aussi le contenu intestinal.

temps, puisque Kerner l'a trouvée dans l'urine soixante-dix-huit heures après l'ingestion de l'alcaloïde.

Chez l'homme, la quinine, prise par la bouche à la dose de 60 centigrammes, s'est présentée dans l'urine en grande quantité dans les six premières heures, puisque l'on put en retirer dans ce même temps 45 milligrammes.

Au point de vue de l'arrêt de la quinine dans les viscères, nous en avons toujours constaté la présence dans la rate, presque toujours dans le foie, viscères dans lesquels elle séjourne le plus longtemps. Dans le cœur on trouva la quinine en quantité plus considérable lorsqu'elle fut injectée par les veines que lorsqu'elle fut donnée par la bouche, mais elle ne manque cependant pas dans ce cas; elle se montre dans ce viscère plus tôt que dans la rate et dans le foie. Dans le cerveau, la quinine fut extraite en quantité plus petite que dans les viscères précités, mais paraît encore se montrer très-vite dans cet organe.

OBSTETRIQUE

Sur l'application des tractions mécaniques aux accouchements à propos de nouveaux perfectionnements apportés à un appareil obstétrical;

Par le docteur Pros (de la Rochelle).

Dans les numéros des 15-30 avril 1875 de ce journal, j'ai affirmé mes convictions sur l'utilité et l'innocuité des tractions instrumentales et manuelles combinées, appliquées à l'obstétrique humaine. Je reprends, aujourd'hui, cette grosse question, voulant la dégager, de mon mieux, de toutes les objections, systématiques ou non, qui lui ont été faites, et combattre, par anticipation, celles de l'avenir. Sans doute, je resterai bien au-dessous de ma tâche; mais peu m'importe! des praticiens plus autorisés que je ne le suis me viendront en aide, je crois pouvoir y compter.

Il ne faut pas se le dissimuler, les tractions dont je m'occupe sont ou ne sont pas un progrès en obstétrique. Si elles en réalisent un seul, quel qu'il soit, il faut les prendre en sérieuse con-

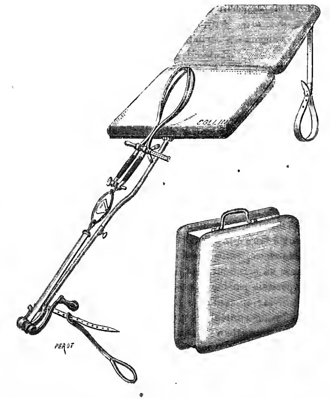
sidération et les étudier. Dans le cas contraire, ce n'est pas en cherchant à les tourner en ridicule qu'on en éloignera ceux qui seraient tentés de les mettre en pratique, pas plus que les accoucheurs qui en ont fait l'expérience n'y renonceront. Non, leurs partisans n'en sont pas encore à faire leur *mea culpa* d'avoir osé s'écarter des préceptes que leurs maîtres leur ont enseignés verbalement ou par écrit. Que ces maîtres, c'est leur droit, et je me permets de le dire, leur devoir, prennent en main la question qui, agitée depuis un certain temps autour d'eux, est revenue à l'ordre du jour, avec plus de chance que jamais, de s'imposer; qu'ils veuillent bien en faire l'application, et l'arrêt qu'ils prononceront sera son approbation, j'en ai la presque certitude. S'agit-il donc d'appliquer une ventouse sur la tête d'un enfant à naître, pour en décoller le cuir chevelu, ou de le coiffer d'un bonnet d'un genre nouveau? Nullement. Il s'agit, tout simplement, de mettre en œuvre des moyens et une méthode qui sont, sans équivoque aucune, du ressort de l'art des accouchements. Il s'agit de mettre un frein à cette pratique inconsciente parfois et barbare toujours, laquelle consiste à mutiler, mort ou vif, un enfant, dès que l'accoucheur, faute d'habileté ou de force suffisante, ne peut l'extraire du sein de la mère. Il s'agit enfin de savoir s'il n'y a pas mieux à faire que d'user et d'abuser de la craniotomie ou de la céphalotripsie, toutes les fois que le praticien se trouve aux prises avec un accouchement des plus laborieux, ou pour mieux dire, impossible par l'action pure et simple du forceps.

Pour obtenir de meilleurs résultats, que faut-il donc le plus souvent? Un instrument mû par un appareil à tractions, lequel, bien réglé, permette à l'accoucheur d'agir avec sûreté, par une méthode conservatrice, presque toujours pour la mère et parfois, au moins, pour l'enfant.

Je n'ai plus à donner la description de celui que j'ai fait établir dans ce but, la figure suivante représente assez bien ce qu'est cet appareil, et ce qu'il sera désormais. Je ne crois pas pouvoir, de moi-même, lui apporter de nouveaux perfectionnements. Je les attendrai des médecins qui, s'occupant d'accouchements et acceptant comme rationnelle ma méthode des tractions instrumentales et manuelles combinées, croiront devoir m'en proposer.

J'arrive enfin à donner l'exposé des perfectionnements que depuis peu de temps j'ai apportés à mon appareil obstétrical.

De ces perfectionnements, qui sont très-importants, il en est que je dois en partie à l'initiative de M. le docteur Tarnier. Le célèbre chirurgien en chef de la Maternité de Paris, comprenant qu'il y avait mieux à faire que l'appareil que j'avais soumis à son appréciation, prit en main mon travail, pour le doter de



quelques améliorations. Elles ont été si heureuses, que désormais mon appareil répond très-bien au but que je m'étais proposé, en voulant l'élever à la hauteur d'un véritable progrès.

Un mois après ma première visite à M. le docteur Tarnier, j'étais à son amphithéâtre. Ayant bien voulu me montrer l'appareil à tractions, qu'il avait composé lui-même, je me décidai à ajouter un dynamomètre au mien. J'avais eu le tort, en effet, de vouloir remplacer par un système différent de celui de ce

précieux instrument la mensuration des effets de mon tracteur.

Puis, M. Tarnier m'ayant fait connaître comment il s'opposait autrement qu'avec la main au relèvement de sa tige mobile, pendant ses tractions sur son forceps, j'eus la bonne inspiration de mettre une martingale à l'extrémité de la mienne. Tels en sont les avantages, que je puis, le pied passé dans l'étrier dont cette martingale est pourvue, non-seulement m'opposer au relèvement de ma tige mobile, mais encore suivre avec toute la sûreté désirable la direction des axes du grand et du petit bassin, comme de celui de la vulve. L'utilité de cette martingale se fait sentir, surtout, à partir d'un déploiement de force de 40 à 50 kilogrammes, par le treuil de ma tige mobile.

Ces deux perfectionnements ne sont pas les seuls qui m'ont été suggérés par l'initiative du maître duquel je reçus un accueil aussi flatteur qu'empreint de la plus généreuse courtoisie. Je veux parler des mouvements de latéralité que j'ai donnés à ma tige mobile. J'en avais eu l'idée, et ne m'y étais pas arrêté, ne voulant les imprimer à mon forceps qu'à l'aide de la main. Mais combien je me félicite de les avoir repris ! N'offrent-ils pas à l'accoucheur la facilité d'opérer sur son forceps des tractions latérales, et de plus de pouvoir agir sur un bassin oblique avec une méthode parfaite ?

Ayant enfin augmenté la puissance de la manivelle du treuil de ma tige mobile, je puis sans efforts aucuns et sans secousses produire, et les suspendre presque aussitôt que développées, des tractions de la force de 5, 10, 15,... 50, 60, 70 kilogrammes, selon les résistances opposées à l'accouchement.

Je puis aussi, au besoin, avant de terminer l'accouchement à la main, simuler les effets des douleurs expulsives et même des conquassantes sur le périnée et l'anneau vulvaire, avec douceur et d'une manière intermittente et progressive. En profitant des perfectionnements dont je viens de donner l'origine, je les ai modifiés. J'ai dû le faire, pour les mieux adapter au système sur lequel repose mon appareil obstétrical et non pour, en les dénaturant, m'en approprier tout le mérite.

(La suite au prochain numéro.)

CORRESPONDANCE

Sur le traitement de la granulie méningée par l'extrait de noyer.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 15 mars dernier paraissaient quelques pages du docteur Luton (de Reims) sur le traitement de la granulie par l'extrait de feuilles de noyer. La lecture de cet article est bien encourageante pour la thérapeutique, qui jusqu'à présent a toujours entrepris contre cette affection une lutte sans espoir. Le hasard a fait, il y a quelques jours, se présenter à mon observation un cas d'hydrocéphalie granuleuse à ce qu'il m'a semblé, et m'a permis d'essayer le traitement préconisé par le distingué médecin de Reims. Vous verrez que malheureusement le mal n'a pu être enrayé et que la terminaison a été la terminaison habituelle, c'est-à-dire la mort. Faut-il mettre ce résultat sur le compte d'une intervention trop tardive et le faire résulter de causes indépendantes du médicament? ou bien l'extrait de feuilles de noyer est-il, comme les autres remèdes, un médicament sans puissance et sans action sur la granulation tuberculeuse?

Il est impossible d'asseoir solidement une opinion et de juger du pouvoir d'un médicament sur un seul fait ; mais on peut, il me semble, en considérant, d'un côté, les qualités jusqu'alors connues d'un remède usuel et d'un emploi de vieille date, et en mettant en regard de l'autre une maladie dont les allures, la façon d'être, l'essence même sont connues et dont l'autopsie nous montre toujours la lésion, on peut, *à priori*, établir un jugement qui, du reste, s'il est faux, tombera toujours devant des faits contradictoires bien établis. Ainsi pour le cas présent on peut, en ne considérant que le remède et le mal, refuser à l'extrait des feuilles de noyer une efficacité quelconque contre la granulie. Bien qu'il ne suffise pas (et l'expérience l'a quelquefois montré) que tel médicament paraisse inapplicable à telle maladie pour qu'il soit forcément inactif contre elle, la proposition précédente peut s'établir sans invraisemblance. Mais d'autre part, le docteur Luton affirme avoir eu des succès dans des cas de granulie et principalement à forme thoracique. Ces deux faits sont inconciliables. Nous n'avons donc ici que deux hypothèses : ou la granulie est curable par l'extrait de feuilles de noyer, ou le docteur Luton s'est trompé de diagnostic.

Il est un fait hors de doute, c'est que M. Luton a obtenu des succès, et mon intention n'est pas de les contester. Mais un fait qui est non moins hors de doute, c'est que les différentes formes

de granulie ne sont pas d'un diagnostic facile, et à ce titre il est regrettable que M. Luton n'ait pas donné le détail de ses observations. Ne serait-il pas possible que les malades du médecin de Reims n'aient pas été atteints de granulie, mais bien d'adénopathie scrofuleuse, thoracique ou abdominale? Je ne parle pas des granulies méningitiques, car M. Luton est moins affirmatif à leur égard au sujet du succès des feuilles de noyer. L'adénopathie bronchique tuberculeuse est commune; mais l'adénopathie scrofuleuse primitive peut exister; elle peut simuler une granulie par la dyspnée, la toux et les symptômes de la bronchite concomitante; en comprimant les bronches et le parenchyme pulmonaire, elle peut amener des modifications dans le résultat de la percussion et de l'auscultation faciles à confondre avec les noyaux pneumoniques. L'action curative de l'extrait de feuilles de noyer serait dans ces circonstances bien plus compréhensible, la feuille de noyer et ses préparations étant généralement efficaces dans le traitement des scrofules, ainsi que Mégrier l'a montré. La même interprétation ne peut-elle pas être donnée pour les cas de granulie abdominale? Ne voit-on pas survenir chez des scrofuleux des adénites abdominales qui par compression ou action réflexe font naître des douleurs, des vomissements, du météorisme capables d'en imposer pour une péritonite tuberculeuse aiguë ou chronique, avec ou sans fièvre?

Quant aux formes cérébrales que M. Luton a la ferme conviction d'avoir enrayées, je lui demanderai si les symptômes observés dans ces cas ne peuvent pas être rapportés aux phénomènes variés produits par la compression du nerf de la dixième paire par une tumeur ganglionnaire située dans le médiastin ou au cou, comme il en a été publié plusieurs observations en 1874 et où l'on voit que l'erreur de diagnostic était possible. Ces derniers cas sont certainement plus rares que les précédents, et nous voyons M. Luton citer aussi comme moins communs les cas de granulie cérébrale qu'il a observés.

Ces considérations n'ont certainement pas la valeur qu'elles emprunteraient à une base solide de faits. Elles peuvent cependant être opposées aux résultats de M. Luton sans que les observations n'en auront pas été publiées. Ajoutez à cela que l'erreur est d'autant plus facile à commettre, que c'est de préférence sur le terrain scrofuleux que germe et prospère la granulie. L'observation ci-après en est un exemple, à moins que je ne me sois trompé moi-même, l'autopsie n'ayant pu être faite.

Observation. — Raoul N***, âgé de quinze ans et demi. Le père, après une fluxion de poitrine, avait conservé une toux qui l'avait amaigri; il est mort de la variole en 1870. La mère est vivante et n'a jamais été malade. L'enfant a beaucoup grandi depuis un an. Il traîne depuis cinq mois, depuis cinq mois il a des adénites cervicales des deux côtés, il tousse depuis cette époque et a beaucoup maigri; la mère ne peut pas dire si l'on a

constaté quelque chose dans les poumons. L'enfant a toujours été très-nerveux, il avait quelquefois des peurs subites et a présenté quelques attaques de terreurs nocturnes comme beaucoup d'enfants souffreteux dont la digestion s'accomplit mal.

25 *mars*, soir. État actuel. Couché depuis le 18 mars. Fuliginosités des lèvres, facies peu abattu, regard brillant, un peu de toux; se plaint de la tête, adénite cervicale bilatérale grosse comme un œuf ; langue blanche au milieu, rouge sur les bords; se plaint de temps en temps sans pouvoir expliquer ses plaintes, pas de selles depuis le 23. Peau chaude ; t. 39, p. 80 ; pas de taches lenticulaires, ventre rétracté ; la tache méningitique ne se produit pas ; pas de gargouillement ; pupilles dilatées et peu sensibles à la lumière. Corps très-amaigri ; quelques râles sibilants dans la poitrine des deux côtés ; rien d'appréciable aux sommets ; tremblement des mains, un peu d'anesthésie générale de la peau, pas d'affaiblissement d'un côté du corps, pas de strabisme, pas de saignements de nez ; respiration normale, tête chaude, pas de vomissements. Intelligence intacte, ne demande rien, se tourne pour s'accroupir et fermer les yeux : 2 grammes d'extrait de feuilles de noyer, groseille, eau de Seltz et bouillon.

26 *mars*, matin, t. 39°,4 ; p. 85. L'enfant a poussé cinq ou six cris aigus et subits que rien ne faisait prévoir.

Assoupissement, pas de paralysie ; à deux fois différentes hier au soir il a saigné du nez ; vomissement le matin après un bouillon ; pas de selles, se plaint de la tête ; pas de taches lenticulaires ni de gargouillement ; excavation du ventre, fuliginosité des lèvres que sa main tremblante cherche à détacher, langue blanche au milieu, rouges sur les bords, humide ; tousse peu, râles sibilants disséminés ; 2 grammes extrait de feuilles de noyer, 1 gramme d'iodure de potassium, 2 grammes extrait de quinquina, bouillons. Intelligence intacte, 25 centigrammes de calomel et 20 centigrammes de scammonée.

Soir. T. 39°,5. P. 90. Pas de selles ; un peu de subdélirium, embarras de la parole ; œil fixe, pas de strabisme ni de vomissements ; pupilles dilatées, tremblement des mains, vésicatoire à la nuque, extrait de quinquina et extrait de feuilles de noyer ; soubresaut des muscles.

27, matin. T. 39 ; P. 72, R. 18. Nuit assez tranquille ; pas de cris ; hyperesthésie générale de la peau qu'on ne peut toucher sans que l'enfant crie ; le délire a disparu, mais l'intelligence n'est pas tout à fait nette. A eu deux selles la veille à sept heures ; pas de vomissements, de taches lenticulaires ni de gargouillement, râles sibilants dans la poitrine ; rien de remarquable aux sommets ; pupille dilatée. La papille du nerf optique, examinée à l'ophthalmoscope, est voilée comme d'un nuage ; ses contours un peu effacés, les veines sont normales, l'origine des vaisseaux un peu obscurcie, rien dans la rétine ni dans la choroïde. *La vision est intacte* ; 50 centigrammes de calomel, 20 centigrammes scammonée, extrait de feuilles de noyer et extrait de quinquina.

Soir. T. 39°,4 ; P. 72. Journée assez calme ; pas de délire, intelligence plus nette ; figure pâle ; pas de selles, pas de toux, hyperesthésie cutanée ; respiration normale, tête moins douloureuse, impatience ; un peu de carphologie. Pas de gargouillement ni de taches. Extrait de feuilles de noyer et de quinquina.

28, matin. T. 38°,9; P. 72. Nuit agitée, les cris hydrencéphaliques sont revenus ; moiteur du corps, principalement de la tête et de la lèvre supérieure ; du délire cette nuit sans sommeil, pupilles dilatées, pas de strabisme, pas de taches ni de gargouillement. Pas de selles, 25 grammes d'huile de ricin ; extrait de feuilles de noyer et de quinquina.

Soir. T. 39° ; P. 78. Journée moins agitée que la nuit ; deux cris perçants ; céphalalgie vive, une selle, pas de tache ni de gargouillement. La tache méningitique ne se produit pas. Pas de toux ; rien dans la poitrine, feuilles de noyer et quinquina. Le pouls dans l'espace d'une demi-heure donne 78, 90, 72.

29, matin. T. 38°.7; P. 72. Pendant la nuit, cris aigus et perçants ; céphalalgie violente ; une selle : pas de taches, pas de gargouillement, excavation du ventre. La tête est rasée et couverte de bandelettes de vésicatoires. Extrait de feuilles de noyer et de quinquina.

Soir. T. 38°,7; P. 72. Cris hydrencéphaliques nombreux, délire, pupilles dilatées, 2 grammes de bromure de potassium.

30, matin. T. 38°,4 ; P. 92, 100, 120 dans une demi-heure. Depuis deux heures du matin le délire est continuel ; jactation, yeux voilés, pas de vomissement ; l'enfant cherche avec ses mains ; il fait des signes, se frappe la poitrine. Pouls plus faible. Pupilles dilatées, pas de taches ; sinapismes aux jambes ; a rendu involontairement des urines.

Midi. Le pouls est à peine perceptible ; yeux vitreux ; jactation et travail des mains continuel.

Soir. Le pouls n'est comptable qu'au cœur ; les yeux sont plus voilés, pupilles dilatées, extrémités froides, une jambe droite, l'autre perpendiculaire à l'axe du corps ; déglutition impossible ; la peau du ventre est cyanosée ; rougeurs fugaces des mains.

31. L'enfant a un peu gémi ce matin et est mort à sept heures du matin.

L'état du fond de l'œil, sur lequel je me permettrai d'appeler l'attention, n'est pas pathognomonique de la méningite tuberculeuse. Pour affirmer les granulations dans les méninges il aurait fallu constater des granulations dans la choroïde, il n'y en avait pas. Mais on sait qu'il peut y en avoir dans le cerveau sans qu'il y en ait dans la choroïde. L'œdème de la papille prouve qu'il y avait excès de pression dans les liquides de la cavité arachnoïdienne, excès de pression directement transmis par l'intermédiaire de l'espace intervaginal au moyen de la canalisation lymphatique de Schwalbe. C'est tout ce qu'on peut affirmer, comme le prouvent les observations de M. Panas. Ainsi que l'a fait com-

prendre M. Giraud-Teulon, l'inspection seule de la papille à l'ophthalmoscope ne permet pas d'affirmer qu'il y ait telle ou telle affection cérébrale, sauf le cas de tubercules dans la choroïde. Dans cette observation je crois que ce signe joint aux autres symptômes autorise à porter le diagnostic d'hydrocéphalie granuleuse.

Dr MESLIER.

Barbezieux (Charente).

BIBLIOGRAPHIE

Des diarrhées chroniques et de leur traitement par les eaux de Plombières, par le docteur BOTTENTUIT, médecin consultant, aux eaux de Plombières, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, etc.; 2e édition. Paris, V.-A. Delahaye et Ce, 1875.

Ce travail est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'étude des diarrhées chroniques en général ; la seconde aux indications et contre-indications de l'emploi des eaux de Plombières dans le traitement des diarrhées chroniques.

L'auteur commence par justifier le titre qu'il a donné à son travail. « Le terme de *diarrhée chronique*, nous dira-t-on peut-être, est impropre, et cette maladie, en tant qu'entité morbide, ne peut entrer dans aucun cadre nosologique. Nous reconnaissons toute la justesse d'une pareille objection, et nous nous gardons bien de vouloir présenter les diarrhées chroniques comme une maladie idiopathique et *sui generis*, car elle n'est à nos yeux qu'un syndrome pathologique, répondant à des lésions multiples de l'intestin, ou survenant dans le cours d'affections variées qui ne retentissent que secondairement sur l'intestin... En un mot, cette diarrhée persistante doit-elle être confondue avec l'entérite chronique, comme tentent de le faire la plupart des auteurs allemands ? Nous ne le croyons pas, car si la diarrhée est le symptôme habituel de cette forme d'inflammation intestinale, elle se montre, d'un autre côté, dans le cours d'autres maladies qui doivent être nettement séparées de l'entérite chronique. »

Le chapitre Ier est consacré à l'étude des formes et des divisions adoptées par les auteurs ; le chapitre II à la pathogénie des diarrhées. Des travaux récents ont jeté un jour tout nouveau sur la physiologie intestinale. Mettant à contribution les travaux de Küss, G. Sée, Moreau, Legros et Onimus, l'auteur étudie les phénomènes de la digestion intestinale et l'influence de l'innervation de l'intestin sur la diarrhée.

M. Bottentuit passe ensuite en revue les diarrhées qui accompagnent les maladies générales ou diathésiques, ou qui se rattachent à des lésions locales. Enfin il fait l'histoire des différentes variétés de diarrhées.

Les premières variétés qui l'occupent sont les diarrhées qui surviennent à la suite de diarrhées aiguës ou subaiguës, ou dans le cours de la con-

valescence de maladies aiguës. Le mode de production de ces diarrhées y est clairement exposé.

Puis vient l'étude des diarrhées par troubles fonctionnels ou mécaniques et celle des diarrhées par intoxication, diarrhées miasmatiques ou paludéennes et diarrhées urémiques.

Les travaux de Treitz, Fournier et Lancereaux sur l'urémie, et ceux de Jules Simon, Ferrand sur les diarrhées maremmatiques, ont été clairement exposés ; l'auteur y a ajouté d'intéressantes observations.

Il passe ensuite en revue les diarrhées arthritiques, goutteuses, herpétiques, syphilitiques, tuberculeuses, scrofuleuses, cancéreuses et cachectiques. M Bottentuit étudie séparément chacune de ces variétés, fait une bonne critique des travaux dont elles ont été l'objet, et cherche à établir leur caractère, tant en se basant sur les travaux antérieurs que sur ses observations personnelles. Il signale ensuite les diarrhées chroniques par obstacle à la circulation qu'engendrent les maladies du foie, du cœur et du poumon. Enfin le chapitre II se termine par l'étude très-intéressante des diarrhées qui sont sous la dépendance du système nerveux. La pathogénie de ces types prête à des considérations de physiologie que M Bottentuit n'a pas négligées, considérations dont on trouvera le complément au chapitre III, consacré à l'anatomie pathologique.

Dans le chapitre IV, l'auteur étudie la symptomatologie de la diarrhée. Ce chapitre est divisé en deux parties : dans la première partie, l'auteur étudie les caractères généraux des diarrhées chroniques en général ; dans la seconde partie, les caractères propres à chaque variété de diarrhée.

Le chapitre V est consacré à l'étude du diagnostic, du pronostic et des terminaisons des diarrhées chroniques.

Le chapitre VI, qui forme la seconde partie de l'ouvrage, est consacré à l'étude de l'emploi des eaux de Plombières dans le traitement de la diarrhée.

L'auteur rappelle la composition chimique des sources et étudie les procédés balnéothérapiques employés à Plombières. Tout en attribuant une grande part à la présence de l'arsenic dans les eaux, M. Bottentuit croit cependant que les procédés balnéothérapiques en usage à Plombières sont de la plus grande importance dans le traitement. L'auteur cherche, en se fondant sur des observations qui lui sont propres, ou bien sur celles qui lui ont été remises par des confrères, à établir que le traitement est indiqué : dans les diarrhées chroniques primitives, dans les diarrhées d'origine paludéenne, dans les diarrhées arthritiques, herpétiques et nerveuses. Il est, au contraire, contre-indiqué d'une manière formelle dans les diarrhées tuberculeuses et cancéreuses. Il en est de même dans les cas de cachexies avancées. Il ne peut pas non plus être employé utilement dans les diarrhées urémiques, syphilitiques et scrofuleuses, dans le cas de dégénérescence amyloïde de l'intestin, ou lorsqu'il y a à craindre l'existence d'ulcérations intestinales. Nous recommandons particulièrement à nos confrères la lecture de cette brochure bien écrite, où l'on trouve l'état actuel de la science bien résumé et qui émane manifestement d'un médecin instruit, expérimenté et prudent.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 17 et 24 avril 1876; présidence de M. le vice-amiral PARIS.

De l'amygdalite caséeuse chronique. — M. BOUCHUT envoie la note suivante :

Outre les angines aiguës, couenneuses, pultacées, ulcéreuses et gangréneuses, il y a des angines chroniques caractérisées par la permanence, sur les amygdales, de points blancs et de taches blanches qui effrayent beaucoup les familles, et qui cependant n'ont aucune gravité.

Les taches dont il s'agit ne sont, en effet, que des produits caséeux, ayant pour origine les follicules de l'amygdale hypertrophiée et atteinte d'inflammation chronique. Elles sont formées de matière grasse, avec ou sans odeur et leur volume varie entre celui d'un grain de chènevis et celui d'une mûre dont elles ont parfois les aspérités extérieures.

Ces taches restent en place durant des semaines et des mois ; elles se reproduisent à mesure qu'un les enlève avec la curette, mais pour peu que l'on persévère, on parvient à les faire définitivement disparaître.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 18 et 24 avril 1876; présidence de M. CHATIN.

De la colique de plomb chez les hommes de couleur. — M. LARREY lit pour M. BÉRENGER-FÉRAUD, membre correspondant de l'Académie, une note touchant l'existence de la colique de plomb chez les créoles blancs et de couleur à la Martinique.

Les observations rapportées dans cette note, dit l'auteur en résumant son travail, paraîtront suffisantes pour faire admettre l'existence de la colique saturnine chez les créoles blancs ou colorés des Antilles.

En constatant l'existence de la colique saturnine chez les gens de couleur, on peut à juste titre, ajoute l'auteur, être étonné qu'un esprit aussi sagace, un médecin aussi bon observateur que Dutrouleau ait formulé une opinion tout à fait en désaccord avec la réalité. Et moi-même, je me suis demandé, le jour où j'ai connu le premier fait irrécusable de colique sèche chez un individu de race colorée, quelle pouvait être la raison de cette divergence. Je crois avoir trouvé cette raison. Du temps de Dutrouleau la maladie était exclusivement observée chez les Européens. Mais à mesure que la vapeur s'est généralisée, que les usines se sont servies de cet agent, on a employé de plus en plus les créoles des Antilles dans des machines et bientôt on a vu la colique saturnine se développer chez eux absolument comme chez les Européens Si Dutrouleau a dit que les créoles blancs et noirs n'étaient pas sujets à la colique sèche, c'est que le fait était vrai au moment où il l'a avancé.

Les faits ultérieurs nous permettent aujourd'hui d'ajouter que cette immunité n'était qu'apparente et qu'elle était due simplement à ce que, à cette époque, les créoles blancs ou colorés ne se mettaient pas dans les conditions pour contracter la colique de plomb : et aujourd'hui qu'un certain nombre d'entre eux se livrent aux professions qui exposent à l'intoxication plombique, on constate qu'il n'y a pas de protection réelle du fait de la race contre cette intoxication. Par conséquent on peut conclure actuellement en plus ample connaissance de cause, qu'aux Antilles comme au Sénégal

et probablement dans tous les pays tropicaux, tous les individus, quelle que soit leur origine, quel que soit le teint de leur peau, sont égaux devant l'action pernicieuse des composés plombiques.

M. Gubler, à propos du mémoire lu par M. Larrey, dit qu'il a eu l'occasion d'observer, il y a une quinzaine d'années, un fait assez singulier sur une famille de créoles arrivée à Paris. Dans cette famille, composée de sept ou huit personnes, tous les membres, à l'exception du père, avaient été frappés d'une sorte de maladie épidémique qui régnait, disaient-ils, dans le pays d'où ils venaient, et plusieurs des plus jeunes enfants de cette famille avaient succombé aux atteintes du mal. M. Gubler constata sur la mère et deux jeunes filles l'existence de divers symptômes de l'intoxication saturnine, et particulièrement de la paralysie des muscles extenseurs des membres. Les malades avaient eu préalablement de violents accès de colique. Le médecin ordinaire de la famille avait soupçonné une intoxication saturnine, mais il avait recherché vainement la cause de ce mal.

Un jour, l'une des jeunes filles, ayant un orgelet à l'œil, demanda à M. Gubler si elle pourrait appliquer sur ce mal la moitié d'un jaune d'œuf dur, remède populaire aux colonies, à quoi M. Gubler répondit affirmativement, ajoutant que ce remède était également populaire en France.

Le lendemain, à sa visite, M. Gubler constata avec étonnement que la peau de la paupière de cette jeune fille était devenue complétement noire. Il apprit alors qu'elle avait l'habitude, ainsi que sa mère et sa sœur, de se poudrer la figure avec une poudre dont on faisait grand usage dans la ville qu'ils habitaient aux colonies, et dont on se servait également pour poudrer tous les enfants. Le pharmacien de la localité fabriquait et vendait cette poudre en grand. M. Gubler pria M. Chevallier d'analyser cette poudre, qui fut trouvée composée de 20 pour 100 de céruse! La cause de la maladie prétendue épidémique était trouvée. L'honnête pharmacien fut prié de cesser son dangereux commerce, qui avait déjà malheureusement causé la mort d'un grand nombre d'enfants.

M. Gubler a cru devoir citer ce fait, qui vient à l'appui des doctrines soutenues opiniâtrément par le docteur Lefèvre (de Brest) suivant lequel la *colique* dite *sèche* des pays chauds devrait toujours être attribuée à l'intoxication saturnine; mais il ne saurait partager cette opinion absolue, et il croit que la colique sèche, de cause non toxique, existe réellement.

Transfusion du sang. — M. Roussel (de Genève) présente un appareil pour la transfusion avec un mémoire à l'appui. Voici les principaux avantages de ce nouvel appareil :

La transfusion veinoso-veineuse a besoin d'un appareil qui supplée à l'insuffisante pression du sang sortant de la veine.

Les divers appareils à ciel ouvert, seringues ou hématophores à entonnoirs, exposent le sang au contact de l'air avant et pendant son séjour dans l'instrument. A l'air le sang perd sa tension, ses gaz, sa température, sa vitalité; il recueille des germes, des poussières, il se prépare à une coagulation qu'achève le contact du métal, du verre composant l'appareil.

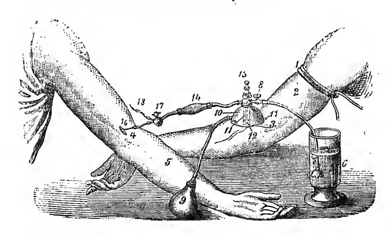
Le transfuseur Roussel évite tous ces dangers. Pour obtenir du sang en quantité suffisante, sans en perdre une parcelle, et prévenir la phlébite produite par la ligature d'une canule chez le donneur de sang, il commence par un cylindre entouré d'une ventouse annulaire animée par un ballon spécial. Elle ne sert qu'à fixer le cylindre sur la peau avant l'ouverture de la veine; ni le sang ni l'eau ne pénètrent dans cette ventouse.

Le cylindre initial est ouvert par le haut, ce qui permet de voir très-facilement la place exacte que l'on désire saigner. Il faut choisir pour donneur de sang un adulte robuste, bien musclé, appliquer sur le bras le bandage classique pour faire gonfler les veines, et choisir la médiane un peu au-dessus du pli du coude, en avant des attaches du biceps sur lequel elle est plus loin de l'artère, plus fixe et mieux soutenue que dans le pli du coude.

Quand l'appareil est en place sur le bras qui doit donner le sang, on introduit dans le cylindre une lancette montée sur un curseur par lequel la présentation et la direction de la lame sont mathématiquement fixées.

Mais le transfuseur est encore plein d'air; si le sang y était introduit,

il s'y altérerait, ainsi qu'il arrive dans les hématophores commençant par une canule ou aiguille dans la veine. Pour chasser cet air, un tube aspirateur se plonge dans un vase plein d'eau chaude et légèrement sodique. Cette eau monte dans le cylindre, baigne la peau avant la saignée; elle remplit entièrement l'appareil et sort en chassant l'air par la canule finale, que l'on introduit pleine d'eau dans la veine du blessé préparée et ouverte d'avance. Cette canule finale est munie d'une bifurcation qui permet de la fermer eu en ouvrant une issue latérale au liquide.



A ce moment, le donneur de sang et le blessé sont réunis par un canal direct hermétiquement plein d'eau, vide d'air. C'est alors seulement que la veine est ouverte par un coup rapide frappé sur la tête de la lancette.

Le sang jaillit dans le cylindre plein d'eau, il la chasse devant lui comme l'eau avait chassé l'air, elle sort avec les premières gouttes de sang dilué par la bifurcation, et quand le sang apparaît pur, le chirurgien commence la transfusion en rouvrant l'entrée de la canule et fermant le tube à eau.

Le ballon moteur envoie alors au blessé du sang qui n'a jamais été au contact de l'air et a conservé toute sa vitalité première.

Une bonne transfusion doit être de 200 à 250 grammes pour être efficace et suffisante. Pour ne pas engorger le cœur et le poumon, le ballon moteur, qui contient 10 grammes, doit être pressé huit fois par minute, de façon à envoyer 80 grammes, soit 1 gramme par diastole du cœur. L'opération totale dure cinq à six minutes, mais chaque dose de sang est moins d'une seconde hors d'un vaisseau humain. Les deux bras sont pansés par le bandage en 8 de chiffre. La réunion s'obtient par première intention.

Manuel opératoire. — Laver et chauffer le transfuseur dans l'eau sodique. Préparer la veine du blessé par une incision à la peau, piquer la veine d'une fine érigue, l'inciser en V avec des ciseaux.

Bander le bras qui avait fourni le sang, faire gonfler la veine médiane en avant du biceps, s'éloigner de l'artère, apprécier l'épaisseur de la peau et la profondeur de la veine pour régler la longueur de la lancette (12) au moyen du curseur (13). Appliquer le cylindre (11) juste au-dessus du point à saigner, le fixer par sa ventouse (10) en pressant le ballon (9). Mettre en place la lancette dans le cylindre. Plonger dans le vase d'eau (6) le tube aspirateur (7). Presser dans la main le ballon-moteur (14). Aspirer l'eau (14). Chasser l'air par la canule finale. Introduire une des canules au choix; selon le calibre, dans la veine du blessé (16). Fermer la bifurcation (17) et le tube à eau (3). Frapper la tête de la lancette, laisser sortir l'eau et le sang dilué par la canule (18). Quand le sang est pur, retourner

la bifurcation (17). Presser lentement et régulièrement le ballon-moteur en comptant le nombre des battements.

Pour faire une transfusion *infusoire* d'eau pure ou médicamenteuse, laisser ouvert le tube aspirateur, doser le médicament au millième dans un vase gradué par gramme.

Pour pratiquer la transfusion *électrisée*, lier le pôle positif d'une machine à courant constant, la tige de la lancette, le pôle négatif, à une aiguille d'acupuncture; le courant électrique suit le courant sanguin jusque sur la paroi interne du cœur.

L'opération est facile pour celui qui l'a étudiée et comprise, elle est minutieuse, ainsi que l'exige la manipulation du sang vivant. C'est à la seule condition de n'altérer en rien le sang dans sa température, ses gaz, ses globules, sa fibrine, d'en régler la quantité et la vitesse, selon l'état du malade, que l'on obtient les beaux résultats de la transfusion directe. Le transfuseur a été employé plus de cinquante fois en Autriche, en Russie et en Suisse; il a été reconnu pour le meilleur de tous les appareils à transfusion.

Sur un nouveau procédé opératoire dans la fistule vésico-vaginale. — M. le docteur H. Cazin (de Boulogne-sur-Mer) lit une observation de fistule vésico-vaginale opérée par un nouveau procédé, que l'auteur propose d'appeler «par mobilisation de la paroi du vagin ». M. Cazin est parvenu, en donnant une paroi nouvelle au réservoir urinaire, par élévation de la paroi vaginale postérieure, à constituer un vagin à moitié artificiel, dont une partie est formée par des surfaces saignantes, et qui est terminé en haut par une portion de l'ancien vagin non décollé et la muqueuse antérieure qui a pu être ménagée, tandis que, en bas et en avant, il se continue avec la muqueuse vulvaire.

« Un seul fait, dit-il en terminant, ne saurait établir solidement les avantages du procédé que je crois avoir imaginé et que je pourrais appeler *par mobilisation de la paroi postérieure du vagin;* j'ai cependant cru devoir en faire connaître les résultats, parce que, en somme, il a amené, sinon du premier coup, au moins d'une façon complète, la guérison d'une fistule vésico-vaginale très-étendue, qui, sans lui, n'aurait été justiciable que de la suture de la vulve ou du vagin. »

Prix Argenteuil. — M. Dolbeau lit un rapport sur le concours du prix Argenteuil (voir plus haut).

Calcul des bronches. — M. Burdel (de Vierzon) donne lecture d'une observation de calcul des bronches ayant donné lieu à des phénomènes d'intoxication palustre.

Il s'agit d'une dame de cinquante-sept ans, qui, dans le courant de juillet 1872, fut prise subitement et sans cause apparente, d'un violent frisson suivi d'un accès de fièvre. Le lendemain, les mêmes accidents se reproduisirent; on ne trouva à l'examen qu'un peu de bronchite. La fièvre affecta bientôt le type tierce et céda à l'administration du sulfate de quinine pour revenir au bout de quelques jours, en prenant cette fois le type quotidien; avec elle reparut la toux. La percussion et l'auscultation ne firent reconnaître rien de particulier dans la poitrine, bien que la malade se plaignît d'une douleur violente, d'une sorte de déchirement au-dessus du sein droit lorsqu'elle toussait. Toute médication fut impuissante; les accès ne cédèrent pendant un jour ou deux que pour reparaître avec plus d'intensité. Cet état de choses dura quatre semaines, pendant lesquelles la santé de la malade s'altéra profondément. La fièvre revêtit alternativement tous les types possibles, depuis la double quotidienne, la double tierce, jusqu'à la subintrante; elle prit un jour un caractère pernicieux qui ne céda qu'à des doses massives de sulfate de quinine. Ces accidents fébriles prenaient une marche de plus en plus inquiétante quand, au milieu d'une quinte de toux extrêmement violente, la malade rendit un corps dur, qui n'était autre chose qu'une concrétion bronchique. Ce calcul, long de 11 millimètres, cylindrique, à surface irrégulière, était gros comme une plume d'oie, et l'une de ses extrémités présentait une légère bifurcation

modelée sur les bronches. Son expulsion fut suivie d'un soulagement immédiat; les phénomènes de fièvre et de toux disparurent comme par enchantement, et la malade entra en convalescence.

M. Burdel se demande quelle est l'origine de cette concrétion bronchique. Il l'attribue à une hémoptysie qu'aurait eue la malade vingt-deux ans auparavant et au dépôt sanguin qui, en se concrétant peu à peu, aurait laissé un noyau solide composé en grande partie des éléments du sang, ainsi que l'a démontré l'analyse.

L'homme à la fourchette. — M. Labbé lit un travail dont voici le résumé :

Il s'agit de l'extraction de la fameuse fourchette qu'avait avalée un jeune commis d'un des magasins de nouveautés de Paris, M. Lausseur. On se rappelle les faits. L'homme à la fourchette a défrayé les chroniques des journaux pendant plusieurs semaines. On l'avait dit mort alors qu'il se portait à merveille. C'est le 3 mars 1874 qu'en cherchant à imiter certains bateleurs, un mouvement involontaire l'empêcha de retenir l'ustensile qui s'engagea dans le pharynx. M. le docteur Lepère, appelé sur-le-champ, put rattraper un instant la fourchette, mais un mouvement du patient l'obligea à lâcher prise. La fourchette descendit dans l'estomac.

De mars 1874 au mois d'octobre 1875, le jeune Lausseur passa par des alternatives diverses. Il ressentit de vives douleurs, puis un mieux se produisit, et ainsi pendant plus d'une année ; il put même reprendre ses occupations pendant quelques mois. Cependant, après l'été de 1875, les souffrances devinrent très-vives, surtout après les repas, et le physique et le moral du malade furent gravement atteints. M. Léon Labbé, consulté, fut d'avis de tenter l'extraction. MM. Gosselin et Larrey partagèrent son opinion. Le 9 avril dernier, en présence de ces éminents chirurgiens et de MM. les docteurs Lepère et Maurice, le malade fut chloroformisé et l'opération commença.

M. Léon Labbé s'était décidé pour la méthode des caustiques ; mais les adhérences ne se produisant pas à son gré, il incisa l'abdomen, puis la paroi de l'estomac, après avoir relevé et fixé les bords préalablement. L'indicateur de la main gauche, introduit dans la lèvre béante, lui permit de saisir la fourchette.

A l'aide d'une sonde, il la fit pirouetter doucement et finit par l'amener dehors. On couvrit ensuite l'abdomen d'une couche épaisse de collodion, pour resserrer les tissus, et on administra au patient du champagne glacé. L'enveloppe de collodion hâta la mise en place des tissus. Le rhythme respiratoire s'était profondément modifié sous l'influence de cette compression. La fistule se réduisit, et l'on espère qu'elle aura disparu dans quelques semaines.

Le malade est aujourd'hui aussi bien que possible ; il supporte fort bien des aliments solides.

Des recherches faites sur le cadavre avaient permis à M. Labbé de préciser les règles à suivre pour pratiquer la gastrotomie d'une manière en quelque sorte mathématique, et les formuler de la manière suivante : « Faire à 1 centimètre en dedans des fausses côtes gauches et parallèlement à ces dernières une incision de 4 centimètres dont l'extrémité inférieure doit tomber sur une ligne transversale passant par les cartilages des deux neuvièmes côtes. » En opérant de cette façon on est sûr d'arriver sur la face antérieure de l'estomac, à l'union de ses portions cardiaques et pyloriques.

M. Labbé croit que l'on pourrait tirer parti de cette opération et la pratiquer, comme le voulait M. Sédillot, dans les cas de rétrécissement infranchissable de l'œsophage et du cardia : on aurait ainsi ce qu'il appelait une *bouche stomacale* qui permettrait de prolonger la vie du malade en introduisant les aliments directement dans l'estomac.

Elections. — M. Oulmont est nommé membre titulaire dans la section de thérapeutique, et M. Lasègue dans celle de pathologie interne.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 28 avril 1876; présidence de M. LABOULBÈNE.

De l'isolement des varioleux. — M. Ernest BESNIER lit la partie de son rapport sur les maladies régnantes qui a trait à la variole; il insiste longuement sur les avantages considérables que l'on tire de cette mesure, et termine ainsi sa remarquable communication:

« Cette réforme est impérieusement urgente; chacun de nous le proclame, et je ne cesse depuis longtemps d'enregistrer vos protestations réitérées. Il appartient à la Société médicale des hôpitaux, qui, par son action incessante, a obtenu la première réalisation définitive de l'isolement des varioleux, d'obtenir encore plus et de terminer cette conquête humanitaire dont les bienfaits seront immenses.

« Dans un avenir prochain, la ville de Paris convie une fois de plus les nations étrangères à une exposition universelle des produits de l'industrie, de la science et des arts; il faut, pour cette époque, que les médecins de tous pays qui visiteront nos hôpitaux, n'y trouvent plus cette tache déplorable, et il ne doit pas au moins dépendre de nous qu'elle n'ait pas été effacée. »

La Société, après avoir accueilli, par des applaudissements unanimes, cette communication, décide qu'elle sera imprimée et distribuée aux corps savants, au parlement, au conseil des hospices et au conseil municipal.

De la présence de l'iode et de l'albumine dans les urines à la suite d'applications de teinture d'iode. — M. J. SIMON, ayant à soigner dans son service des enfants atteints de la teigne, a eu l'idée d'essayer une pratique nouvelle qui consiste en l'application sur la tête d'un mélange, à parties égales, de glycérine et de teinture d'iode, sans que la tête soit préalablement rasée ou épilée. Un jour, à la suite de ce traitement, une petite fille fut prise de tous les accidents de l'iodisme. M. Simon et M. Regnard, son interne, examinèrent l'urine de cette enfant et y trouvèrent une notable quantité d'iode. Onze petites filles qui avaient été soumises au même traitement présentèrent également de l'iode dans leurs urines. Quatre d'entre elles ont même présenté de l'albumine. Afin de se mettre à l'abri de toute erreur, MM. Simon et Regnard prirent trois petites filles, une teigneuse, une phthisique et une petite malade atteinte de tumeur blanche du genou, examinèrent préalablement leurs urines et n'y trouvèrent ni iode ni albumine; ils les soumirent chacune aux applications de teinture d'iode et constatèrent trois jours après, dans leurs urines, non seulement la présence de l'iode, mais aussi celle de l'albumine. Ces trois petites filles furent lavées de façon qu'il ne resta plus d'iode sur les parties de leur corps qui avaient été badigeonnées, et peu de temps après il ne restait plus dans leurs urines aucune trace d'iode ni d'albumine.

M. Simon croit donc pouvoir conclure de ces faits que, lorsqu'on badigeonne de teinture d'iode une certaine surface du corps chez les enfants: 1° on observe toujours le passage de l'iode dans l'urine; 2° on détermine quelquefois un véritable iodisme; 3° dans la moitié des cas on provoque de l'albuminurie.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que l'intérêt de la communication de M. Simon réside dans la présence rapide de l'albuminurie après l'absorption de l'iode par la peau; cette absorption n'est niée par personne: ce que l'on a repoussé, c'est l'absorption des solutions médicamenteuses, telles que celles d'iodure de potassium cutanée lorsque la peau est intacte.

M. DUMONTPALLIER a traité des diabétiques par l'iode à l'intérieur, à la dose de 20, 30 et même 100 gouttes par jour, et n'a jamais constaté dans les urines de ces diabétiques la présence d'albumine.

M. ISAMBERT s'explique difficilement qu'un traitement par l'iode puisse

M. Laboulbène, à l'occasion du fait intéressant communiqué par M. Simon, appelle l'attention sur un travail de M. Dechambre, relatif à la présence de l'iode dans les urines des malades traités par des applications de coton iodé.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 19 et 26 avril 1876; présidence de M. Houel.

De la ligature de l'artère iliaque externe dans un cas d'anévrysme. — M. Ledentu lit un rapport sur une observation adressée par M. Foemier (de Lyon). Il s'agit d'un malade âgé de trente-cinq ans, adonné depuis longtemps à l'usage des boissons alcooliques et chez lequel, à la suite d'un effort violent pour soulever un fardeau, se développa un anévrysme du volume du poing à la naissance de l'artère iliaque gauche. L'opération fut pratiquée deux mois et demi après l'accident et la guérison, retardée un moment par une inflammation assez vive de la plaie, se fit très-bien.

Extraction d'un calcul de la vessie par la taille bilatérale. — M. Terrier fait un rapport sur une observation de M. Fleury (de Clermont-Ferrand). Ce chirurgien eut l'occasion de pratiquer la taille au mois de juillet dernier chez un malade, âgé de quarante quatre ans, et qui avait suivi sans résultat un traitement à Vichy; le calcul, qui fut extrait non sans difficulté, était de forme ovoïde et mesurait 7 centimètres sur 6; son poids était de 225 grammes. Un trajet fistuleux persista longtemps après l'opération, mais la guérison fut enfin définitivement obtenue.

Divers traumatismes produits par la bouche du cheval. — M. Gilette donne lecture d'un travail sur ce sujet; nous y reviendrons lors du rapport auquel il doit donner lieu.

De la coxalgie et de son traitement. — M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer) et le docteur Perrochaud, médecin et chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer, communiquent les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la coxalgie: les chiffres qui vont suivre s'appliquent seulement à la coxalgie suppurée, la seule dont le traitement présente des difficultés: sur un total de 80 malades, il y en a eu 44 guéris, 6 améliorés, 20 non guéris et 10 décédés, c'est-à-dire que la guérison est de 55 pour 100. La durée du traitement a été en moyenne de 555 jours; l'âge moyen des malades était de neuf ans. C'est à l'immobilisation que M. Cazin a eu recours dans tous les cas; il l'a fait au moyen de deux appareils qu'il présente à la société et qui sont, d'une part, un appareil silicaté, lacé, et de l'autre, un petit lit qui n'est autre que l'appareil de Bonnet modifié. Quant à la résection, il la considère comme un mode de traitement tout à fait exceptionnel. Parmi ceux de ces petits malades qui ont succombé, plusieurs étaient atteints d'albuminurie.

M. Marjolin n'est plus partisan de la résection de la hanche; sur cinq malades opérés dans l'espace de dix-huit ans dans son service à Sainte-Eugénie, il n'y a qu'une petite fille qui ait survécu; elle avait été opérée par M. Dolbeau, qui avait reséqué la tête du fémur.

M. Lannelongue ne partage point l'avis de ses collègues au sujet de la résection. Depuis le 1er janvier de cette année, il a pratiqué quatre fois cette opération; ses trois premiers malades sont guéris; le quatrième, qui vient d'être opéré tout récemment et chez lequel la tête du fémur avait été détruite par la suppuration, est en bonne voie. Il y a des indications positives de la résection de la hanche qui se tirent de l'état local, de l'examen minutieux des trajets fistuleux et de l'état général. L'opération faite à temps peut quelquefois enrayer la marche des accidents auxquels succomberaient infailliblement les malades.

M. Verneuil fait remarquer que ce sont bien souvent des complications viscérales qui emportent les enfants atteints de coxalgie; la stéatose et l'amylose hépato-rénales sont très-fréquentes chez ces petits malades.

M. Th. Anger fait quelques réserves au sujet du traitement de la coxalgie par le séjour au bord de la mer; si l'air maritime donne d'excellents résultats dans les coxalgies chroniques, il n'en est plus de même lorsque l'affection est au début et qu'il y a de l'inflammation et de la fièvre.

M. Cazin est tout à fait de cet avis; s'il n'a point soulevé cette question, c'est qu'à Berck il n'a jamais occasion d'observer de coxalgie à l'état aigu.

Odontonie. — M. Panas a pratiqué, au mois de mai de l'année dernière, l'oblation d'une tumeur du maxillaire inférieur gauche chez un jeune homme de dix-sept ans. Cette tumeur avait débuté plusieurs années auparavant et avait acquis dans les derniers temps un certain volume. La guérison suivit de près l'opération et jusqu'à ce jour il n'y a pas eu de récidive. L'examen de la tumeur a permis de la ranger parmi les odontonies odontalgiques de M. Broca; elle était formée de tissus fibreux renfermant des grains durs, sans émail ni ivoire; M. Panas pense qu'elle est née aux dépens de la deuxième grosse molaire.

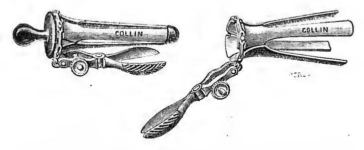
M. Magitot, qui a fait l'examen de la pièce, ne partage pas l'avis de M. Panas au sujet de l'origine de la tumeur; il croit qu'elle s'est développée uniquement aux dépens du follicule de la dent de sagesse.

M. Forget revendique la priorité pour ce genre de tumeurs qu'il a décrites il y a vingt ans sous le nom de *tumeurs alvéolo-dentaires*, et dont il a fait remarquer la bénignité.

Présentation d'instruments. — M. Chassagny présente un appareil qui se compose d'un double ballon et qui est destiné à faciliter l'accouchement prématuré et à arrêter les hémorrhagies qui sont dues à l'inertie utérine.

M. Chassagny présente encore un nouveau céphalotribe.

M. Horteloup présente un spéculum pour le rectum, fabriqué par M. Collin.



Cet instrument se compose de plusieurs valves articulées à l'extrémité d'un large anneau qui reste immobile; il présente cet avantage de dilater largement l'ampoule rectale sans dilater l'anus outre mesure.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 avril 1876; présidence de M. Oulmont.

Sur l'emploi des préparations de fer dans la chlorose. — M. Dujardin-Beaumetz fait une communication à ce sujet (voir plus haut).

M. Moutard-Martin est d'avis qu'il faut insister plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici sur les bains d'air comprimé qui sont un des moyens les plus efficaces contre les chloroses rebelles aux autres médications.

Chaussettes de laine ayant déterminé une éruption. — M. Créquy montre à la Société des chaussettes de laine qui ont déterminé chez la personne qui les portait une éruption avec ulcérations plus ou moins étendues. La laine qui a servi à tricoter ces chaussettes est d'un brun marron, mais cette couleur est passée au violet lorsque les bas eurent été portés pendant quelque temps.

Il s'agit sans doute d'une teinture obtenue par l'aniline, et l'on sait que dans la fabrication de cette couleur l'arsenic entre pour une part plus ou moins considérable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Autoplastie. Histoire relative à un nouveau cas d'exstrophie de la vessie, guéri par la formation de la paroi antérieure absente. (Dr Giuseppe Ruggi, *Rivista clinica di Bologna*, mars 1876, p. 76.)

Respiration artificielle (De ma méthode de) dans l'asphyxie et dans la syncope, avec nouveaux cas de résurrection, et réponse à quelques objections expérimentales du professeur M. Schiff, par le professeur Filippo Pacini (*la Sperimentale*, janvier 1876, p. 39).

Acide phénique en injections sous-cutanées dans un cas de nœvus étendu dans la région de l'oreille. Guérison. (Bradley *the British Med. Journ.*, 8 avril 1876, p. 443.)

Empoisonnement par l'atropine à la suite de son emploi en collyre. (Dr E. Netteship, *British Med. Journ.*, p. 444.)

Transplantation de la conjonctive du lapin à l'homme. (Dr Wolfe, *the Lancet*, 8 avril 1876, p. 526.)

Paracentèse du péricarde et injection iodée. (Moore, *Giornale accad. di Torino*, fasc. 5, 1876.)

Ovariotomie (Résultats de la cautérisation dans le traitement du pédicule, dans l'). Keit, *the Lancet*, 15 avril 1876, p. 562.

Hydrothérapie (Effets de la chaleur fébrile; son traitement par l'). Dr R. Abaytua, *Anales de ciencias medicas*, 10 avril 1876, p. 281.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Sur l'action toxique des enveloppes des jambons de Cincinnati. — M. le professeur Bouchardat a fait au Conseil d'hygiène et de salubrité une importante communication, dont voici le résumé :

On expédie d'Amérique en France une grande quantité de jambons enveloppés dans des toiles imprégnées d'une substance colorante jaune. Ces toiles sont revêtues d'une étiquette portant l'indication de *Cincinnati*.

C'est du chromate de plomb

(jaune de chrome) qui sert à colorer ces toiles, bien que les jambons en soient isolés par une feuille de papier.

M. le préfet de police, d'après l'avis du Conseil d'hygiène publique, a dû défendre la mise en vente des jambons munis de ces enveloppes. Quelques parcelles de ce jaune de chrome pourraient facilement se détacher, et se mêler aux matières alimentaires que vendent les épiciers. C'est au reste une contravention à l'ordonnance de police du 28 février 1853, qui prohibe l'emploi de papiers ou toiles contenant des substances toxiques lorsque ces papiers sont destinés à envelopper des aliments, condiments ou bonbons. Les charcutiers américains peuvent remplacer le chromate de plomb par plusieurs matières colorantes jaunes, curcuma, gaude, rocou, etc., complétement inoffensives.

Sur le traitement de la fièvre intermittente par les injections sous-cutanées de quinine. — Le docteur George Yeates Hunter a employé ce mode de traitement chez des prisonniers, hommes d'habitudes dissipées, cachectiques, débilités par une vie de débauches, dont une grande partie était composée de mangeurs d'opium, ou adonnés à l'usage excessif des liqueurs du pays; hommes d'une constitution si malsaine, que la plus légère écorchure peut devenir une source d'accidents consécutifs. Les conditions étaient donc très-défavorables, aussi les conclusions de l'auteur s'en ressentent-elles.

1° Bien que les injections sous-cutanées puissent convenir dans des cas choisis — sujets bien nourris, de bonne vie, et d'une constitution naturellement bonne — elles sont inadmissibles dans la classe malsaine qui remplit nos prisons;

2° La méthode n'est pas d'une économie réelle, au point de vue de la perte de travail et de la diminution des accès consécutifs;

3° On ne gagne pas de temps, et bien que la guérison de la fièvre puisse être effectuée rapidement, on perd ensuite une semaine, s'il survient une ulcération (complication fréquente à la suite des injections chez ces sujets);

4° L'opération, quoique légère, n'est pas entièrement douloureuse, bien qu'elle soit faite avec soin. Elle n'est pas non plus exempte de risques. J'ai entendu parler d'un cas fatal de tétanos qui suivit son emploi, et qui paraissait causé par elle.

La solution employée était la suivante : acide citrique, 20 grammes; quinine, 5 grammes; eau distillée, 30 grammes. Faire dissoudre au moyen de la chaleur; 10 gouttes de cette solution renfermaient 10 centigrammes de quinine. (*The Lancet*, 8 avril 1876, p. 527.)

Sur un moyen simple d'extraction des corps étrangers de l'œsophage. — Le docteur Edmond Le Bele propose le moyen suivant, qui lui a permis de retirer deux fois, chez la même personne, des os volumineux introduits dans l'œsophage :

On prend une tige de fil de fer ordinaire de moyenne grosseur, d'une longueur de 50 centimètres environ. Cette tige est pliée sur elle-même en son milieu, de façon à former une petite anse dont la dimension et la figure se règlent sur la forme et le volume du corps étranger; les deux brins de fil de fer sont ensuite tordus et tressés l'un sur l'autre; à l'aide d'une petite pince quelconque ou d'un bec-de-corbin, on courbe et on redresse l'anse terminale en forme de crochet, puis on donne à la tige entière dans le même sens une courbure en rapport avec celle du conduit bucco-pharyngien. L'extrémité qui doit rester dans la main de l'opérateur est terminée par le renversement en forme d'anse des deux bouts du fil de fer, qui sont ensuite assujettis et recouverts par une ficelle, afin de fournir par ce renflement un point d'arrêt solide pour une traction plus ou moins énergique. En quelques instants l'instrument est préparé de cette façon.

Le patient étant placé dans une position convenable, la main gauche du chirurgien fixe sa tête, tandis que sa droite, armée de la tige métallique, l'introduit dans l'œsophage, le crochet regardant en avant, vers l'épiglotte. Il lui fait suivre la paroi postérieure du conduit, le long de laquelle il la fait glisser, jusqu'à ce qu'elle rencontre l'obstacle du corps

étranger; alors, en maintenant le dos du crochet terminal bien en contact avec la paroi œsophagienne postérieure, un petit coup sec de haut en bas suffit souvent pour lui faire franchir le corps étranger sur la face inférieure duquel le sommet du crochet vient s'appliquer. Une traction réglée opère ensuite le déplacement de ce corps, qui est ramené jusqu'à la base de la langue. La tige métallique, ne tenant que peu de place dans la gorge du patient, n'occasionne pas des accès de suffocation comme des pinces plus ou moins volumineuses, avec lesquelles on peut aussi blesser l'épiglotte. (*Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe*, année 1875, p. 21.)

Sur un nouveau traitement du céphalæmatome chez les nouveau-nés. — Le docteur Gassner (de Würzbourg) guérit treize jours après la naissance un céphalæmatome de la manière suivante : la tumeur recouvrait tout le pariétal du côté gauche et était limitée par un rebord osseux considérable. Il dirigea d'abord sur elle un jet d'acide phénique, puis la ponctionna à la partie déclive et enleva le liquide à l'aide d'un aspirateur. Après l'opération, la tumeur affaissée fut recouverte d'un appareil compressif. Au bout de neuf jours, la guérison était complète.

Le docteur Hüttenbrenner rapporte deux autres faits dans lesquels la tumeur fut simplement ponctionnée, puis recouverte, au niveau de l'orifice qui avait livré passage au trocart, d'un morceau de pâte phéniquée. Dans ces deux cas, les symptômes de réaction furent presque nuls et la guérison s'opéra avec grande rapidité. (*Revue méd. chirurg. allem.*, février 1876, p. 129.)

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés chevaliers : MM. Siredey, médecin de l'hôpital Lariboisière, à Paris, et le docteur Herbercq, maire d'Avesnes.

NÉCROLOGIE.—M. CHARRIÈRE, le fondateur de la maison qui porte ce nom et le créateur en France de l'importante industrie des instruments de chirurgie, vient de mourir ; c'était un homme dévoué aux progrès de la chirurgie, et qui, par les nombreux perfectionnements qu'il a apportés dans l'arsenal chirurgical, a rendu un immense service à cette branche de l'art de guérir. M. Charrière emporte les regrets et l'estime de tous ceux qui l'ont connu. — Le docteur Vincent DUVAL, connu par ses travaux sur l'orthopédie. — Le docteur DAUVERGNE, à Lyon. — Le docteur VAUSSIN, à Orléans. — Le docteur BOECK, à Christiana. — Sir William WILDE, le directeur du *Dublin Quarterly Journal of Medicine*, à Dublin.

L'administrateur gérant : DOIN.

A NOS LECTEURS

En présence du vide qu'a produit la mort si regrettable de M. Béhier, le comité de rédaction a pensé qu'il fallait, pour ne point laisser péricliter l'œuvre commencée, s'adjoindre immédiatement un nouveau membre ; son choix s'est porté sur M. le professeur Potain, qui a bien voulu nous promettre son concours.

Nous n'avons pas à présenter notre collègue aux lecteurs du *Bulletin*, qui connaissent déjà sa grande valeur scientifique et la haute estime dont il est entouré. M. Potain représentera dans le journal le trait d'union entre l'école clinique traditionnelle, dont M. Béhier était l'une des plus brillantes personnifications, et l'école plus moderne avec ses nouvelles recherches et ses nouveaux moyens d'investigation. Ce changement ne modifie donc en rien la direction du *Bulletin de Thérapeutique*, qui continuera à marcher dans la voie scientifique et pratique qu'il s'est tracée.

LE COMITÉ DE RÉDACTION.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Sur un nouveau thermo-cautère instantané et permanent fonctionnant avec l'essence minérale (1) ;

Par M. le docteur PAQUELIN.

IDÉE GÉNÉRALE. — Cet instrument, qui trouve application dans toutes les opérations pratiquées avec l'aide du feu, qui a même emploi que le cautère thermo-électrique, emprunte sa chaleur à la combustion sans flamme d'une substance hydrocarbonée.

Sa construction repose sur la propriété qu'a le platine (ou tout autre métal de même ordre), une fois porté à un certain degré de

(1) Cet instrument est fabriqué dans les ateliers de M. Collin, successeur de M. Charrière.

chaleur, de devenir immédiatement incandescent au contact d'un mélange gazeux d'air et de certaines vapeurs hydrocarbonées et de maintenir cette incandescence tout le temps que ledit mélange arrive à contact.

Avantages. — Cet instrument, qui peut affecter toutes les formes utiles en chirurgie, telles que celles d'un couteau, d'un fer de lance, d'une flèche, d'un champignon à cautérisation utérine, d'une pointe à ignipuncture, etc., etc., entre instantanément en incandescence.

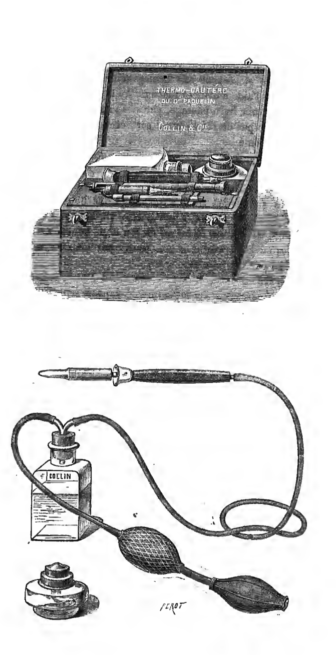
Il fournit d'un trait, avec une provision de 200 grammes de liquide, un minimum de cinq heures de travail.

L'opérateur lui fait parcourir à son gré toute la gamme des températures, depuis le rouge sombre jusqu'au rouge blanc et réciproquement; le maintient aussi longtemps que l'opération l'exige à tel degré de chaleur qu'il désire, peut immédiatement en modérer ou en accélérer l'action, l'éteindre ou le rallumer.

Le thermo-cautère traverse les tissus et les liquides organiques, même l'eau froide, sans perdre sensiblement de son activité. Vient-il à tomber au-dessous du degré de chaleur nécessaire, il se ravive à l'instant à sa propre chaleur, sans qu'il soit besoin d'interrompre l'opération. Son peu de rayonnement, tout en facilitant la tâche des aides, permet à la main qui est libre de seconder de très-près celle qui opère. Les liquides qui l'alimentent se trouvent partout. Il est d'un maniement facile. Il peut fonctionner sans le secours d'aucun aide. Il est inusable et à l'abri de tout dérangement. Son emploi, même toutes précautions mises de côté, non-seulement ne peut occasionner aucun accident, mais encore est exempt du plus léger inconvénient. Il ne présente, ses accessoires compris, qu'un très-petit volume.

Description. — Le thermo-cautère se compose de trois parties principales, qui sont : 1° un foyer de combustion ; 2° un récipient à hydrocarbure volatil ; 3° une soufflerie.

Le *foyer de combustion* constitue le cautère proprement dit. Il consiste essentiellement en une chambre de platine à grande surface sous petit volume. Cette chambre qui, par sa face externe, est la partie cautérisante de l'instrument, peut, en affectant les formes les plus variées, *se plier à tous les besoins de la chirurgie.* Deux tubes concentriques y sont annexés : l'un interne, qui


THERMO-CAUTÈRE
DU Dr PAQUELIN
COLLIN & Cie
COLLIN

plonge dans son intérieur et est destiné à l'apport du mélange gazeux ; l'autre externe, qui est soudé à son pourtour par une de ses extrémités et sert de voie de dégagement aux produits de la combustion à l'aide d'orifices ménagés à l'autre extrémité.

Ce dernier tube livre passage, par son extrémité libre, au tube interne, qu'un pas de vis terminal permet de fixer sur un manche en bois canaliculé.

Ce manche peut être allongé au moyen d'un tube métallique supplémentaire.

Le *récipient* est un flacon portant à son col un double crochet mousse (ce qui permet de le suspendre à une boutonnière, à un bouton d'habit, au rebord d'une poche, au cordon d'un tablier d'opération, etc.). Il est fermé au moyen d'un bouchon en caoutchouc, lequel est traversé à son centre par deux tubes métalliques.

L'un de ces tubes reçoit de l'air *atmosphérique* de la soufflerie, l'autre livre passage à cet air saturé de vapeurs hydrocarbonées. L'hydrocarbure qui donne les meilleurs résultats est le produit que l'on désigne dans le commerce sous le nom d'*essence minérale*, produit qui a l'avantage de se trouver partout.

A défaut de cette essence, on pourrait employer de l'alcool chauffé au bain-marie ou de préférence à l'alcool de l'esprit de bois employé de la même manière que l'essence (voir plus loin) ; mais mentionnons que la combustion de ces deux hydrocarbures oxygénés devient, dans le cas qui nous occupe, assez rapidement défectueuse, et qu'elle donne alors naissance à des produits divers (aldéhydes, acide formique, acide acétique), dont les vapeurs sont très-irritantes et très-incommodes pour l'opérateur.

La *soufflerie* est une poire de Richardson.

En adaptant à la boule soufflante de cet appareil une courroie en caoutchouc, on peut faire fonctionner la soufflerie avec la pression du pied, et ainsi se passer d'aide.

Les trois organes que nous venons de décrire sont reliés entre eux par deux tubes en caoutchouc à parois épaisses, dont l'un va du manche qui supporte la tête du cautère au récipient, l'autre du récipient à la soufflerie. Les tubes à caoutchouc à parois minces ont l'inconvénient, en se pliant sur eux-mêmes, en se coudant, d'adosser leurs parois et de s'oblitérer.

Manière de se servir du thermo-cautère. — Plonger le

foyer de combustion dans la partie blanche de la flamme d'une lampe à alcool. Au bout de trente secondes environ, sans cesser de maintenir le foyer dans la flamme, faire fonctionner l'insufflateur par petites saccades. Une sorte de bruissement annonce alors que la combustion s'opère, et presque à l'instant le cautère devient incandescent.

L'air atmosphérique que la soufflerie chasse dans le récipient, s'y charge de vapeurs hydrocarbonées, et le mélange gazeux qui en résulte vient brûler sans flamme dans le foyer de combustion.

Une fois incandescent, le cautère est amorcé et n'a plus besoin pour maintenir son incandescence que du secours de l'insufflateur et de sa propre chaleur. On peut même cesser l'insufflation pendant près d'une demi-minute sans que pour cela le cautère s'éteigne. Il a emmagasiné intérieurement assez de chaleur pour qu'il se ravive immédiatement à l'aide de quelques insufflations. L'incandescence sera d'autant plus vive que le jeu de la soufflerie sera plus actif; mais rappelons que le rouge sombre est le degré de chaleur hémostatique par excellence.

INDICATIONS PRATIQUES SPÉCIALES. — 1° Charger le récipient à chaque opération.

Le mode de combustion que présente le thermo-cautère ne peut pas utiliser la totalité de l'essence minérale employée. En chargeant le récipient à chaque opération, on saura approximativement pendant combien de temps peut servir la provision emmagasinée, 100 grammes d'essence fournissant facilement un minimum de deux heures et demie de travail.

2° La quantité d'essence emmagasinée ne doit occuper au maximum que la moitié du volume du récipient, de manière à faciliter l'apport de l'air que la soufflerie y envoie.

3° Pour amorcer le thermo-cautère, ne faire jouer l'insufflateur que quand le foyer a acquis un certain degré de chaleur ; autrement le moment de l'incandescence serait retardé.

4° Une fois le cautère amorcé, ne pas brusquer les insufflations, les produire avec lenteur ; en procédant différemment, on dépasserait instantanément le degré de chaleur utile et on réglerait moins facilement la température de l'instrument.

5° Quand l'essence est neuve, c'est-à-dire n'a encore servi à aucune opération, éviter d'en élever la température au-dessus de celle de l'air ambiant, soit en tenant le récipient à pleines mains, soit

en l'enfermant dans la poche d'un vêtement qui serait en contac direct avec le corps, soit en l'exposant à l'action des rayons solaires ou à toute autre cause de chaleur. Sans cette précaution, les vapeurs hydrocarbonées arriveraient au foyer en trop grande abondance et la combustion serait défectueuse.

Par contre, quand l'essence a déjà servi, on peut, en élevant légèrement sa température par un des moyens précédents, prolonger notablement la durée de la provision du récipient ; cela peut être utile sur les champs de bataille. Toutefois, ne pas chercher à utiliser plus des deux tiers de l'essence emmagasinée.

6° Eviter le contact du bouchon en caoutchouc avec l'essence du récipient ; l'essence dissout le caoutchouc.

7° L'alcool de la lampe qui sert à amorcer le thermo-cautère doit être pur, c'est-à-dire ne doit pas être souillé de matières salines. Je m'explique : dans certains services hospitaliers, pour que l'esprit-de-vin des lampes à alcool ne soit pas détourné par les infirmiers de l'usage auquel il est destiné, on y incorpore du sel marin.

Or, cet alcool chloruré, en brûlant, dépose à la surface du cautère le sel qu'il contient ; de là, formation d'un chlorure de platine qui gêne l'incandescence de l'instrument. Cet inconvénient se produirait également si, à la suite de chaque opération, on n'avait pas soin de nettoyer la partie platinée du cautère et d'enlever ainsi les sels dont elle s'est incrustée en traversant les liquides et les tissus organiques.

8° Quand on opère sur une région très-vasculaire, se garder, autant que possible, d'allonger par des tractions le calibre des vaisseaux ; chercher au contraire à en aplatir les parois en exerçant une compression sur leur trajet ; ne se servir que du rouge sombre ; sectionner lentement et d'un seul trait les vaisseaux ; en observant ces données on retirera de l'emploi du feu comme hémostatique tous les bénéfices qu'il peut donner (1).

La parole appartient maintenant aux maîtres en chirurgie.

P.-S. Je pensais terminer là ce que j'avais à dire sur le ther-

---

(1) Le thermo-cautère a déjà été employé dans les hôpitaux de Paris pour un grand nombre d'opérations, pour l'amputation de la verge, pour l'ablation d'un myxome de la cuisse du poids de 10 livres, pour l'ablation d'un testicule, pour une opération de fistule à l'anus, pour l'ablation d'un cancer de la langue, etc., etc.

mo-cautère ; je comptais, hélas ! sans les réclamations de priorité. Celle qui vient de se produire ne manque pas d'un certain caractère d'originalité. Le réclamant invoque à l'appui de sa thèse :

1° L'idée qu'a eue son père, en 1857, de remplacer dans le fonctionnement d'un instrument mort-né, imaginé à la même époque par un professeur de physique, l'hydrogène ou le gaz d'éclairage par un liquide combustible et volatil tel que l'éther ;

2° Un passage de la *Gazette des hôpitaux*, année 1857, p. 380, qui donne une description détaillée et un dessin dudit instrument, et mentionne à la suite l'idée du père du réclamant.

Deux mots sur l'instrument décrit par la *Gazette :*

C'est un chalumeau fonctionnant avec l'hydrogène ou le gaz d'éclairage et qui projette sa flamme sur une cupule de platine suspendue par deux brides au-devant du bec du chalumeau ; ces deux brides sont fixées à un anneau qui glisse sur le corps du chalumeau, de telle sorte qu'on peut éloigner ou rapprocher la cupule du bec de l'instrument.

Quant au cautère qu'on oppose à mon thermo-cautère, c'est le susdit chalumeau fonctionnant avec un liquide combustible et volatil tel que l'éther, et mon thermo-cautère n'en serait qu'une réédition vingt ans après.

Cette revendication, qui ne peut être considérée que comme une conception fantaisiste du mois d'avril, a fait éclosion le 15 mai. C'est là toute l'appréciation que j'aurais à en faire si elle n'avait trouvé écho dans plusieurs journaux de la presse médicale tant française qu'étrangère, qui l'ont reproduite sans prendre la peine de vérifier l'affirmation du réclamant.

Il est facile cependant de se convaincre en prenant connaissance du texte de la *Gazette des hôpitaux*, année 1857, p. 380, que le susdit chalumeau-cautère n'a guère avec mon thermo-cautère d'autre ressemblance qu'une demi-similitude de nom.

Je me trouve donc dans l'obligation d'établir les caractères qui différencient deux instruments essentiellement différents. Pour abréger ce débat, qu'il me faut subir, de ces caractères je ne citerai que les plus saillants ; les voici :

1° Le chalumeau-cautère brûle avec flamme et à ciel ouvert un mélange d'air et de vapeurs hydrocarbonées ;	1° Mon thermo-cautère brûle sans flamme et dans une chambre close un mélange *analogue*;
2° La partie cautérisante du cha-	2° La partie cautérisante de mon

lumeau-cautère représente une cupule;	thermo-cautère peut affecter toutes les formes utiles en chirurgie, telles que celles d'un couteau à dissection, d'une flèche, d'un fer de lance, d'un champignon à cautérisation utérine, d'une pointe à iguipuncture, etc , etc.;
3° La partie cautérisante du chalumeau-cautère, tant en raison de la source de chaleur qui la chauffe, qu'en raison de sa forme, ne peut servir qu'à cautériser en surface; aussi cet instrument n'a-t-il été employé que quelquefois, et est-il tombé immmédiatement dans l'oubli;	3° La partie cautérisante de mon thermo-cautère, tant en raison de la source de chaleur qui la chauffe, qu'en raison des formes très-variées qu'elle peut affecter, permet à l'instrument de se prêter à tous les besoins de la chirurgie;
4° Le chalumeau-cautère est un cautère intermittent, dont l'action ne dure que quelques secondes;	4° Mon thermo-cautère est un cautère permanent dont l'action peut être entretenue pendant plusieurs heures consécutives sans une seconde d'intermittence;
5° La température du chalumeau-cautère est régie par le jet de flamme du chalumeau;	5° La température de mon thermo-cautère est réglée par l'opérateur, qui obtient instantanément tel degré de chaleur qu'il désire, et y maintient son instrument aussi longtemps qu'il le juge convenable;
6° Dans le chalumeau-cautère, morte la flamme, mort le cautère. Cet instrument doit être rallumé à chaque cautérisation;	6° Mon thermo-cautère se ravive à sa propre chaleur et peut servir sans s'éteindre, à plusieurs opérations successives;
7° Dans la construction du chalumeau-cautère, les propriétés dites *catalytiques* du platine, et la qualité qu'a ce métal d'être inoxydable sont hors de cause.	7° La construction de mon thermo-cautère repose essentiellement sur les propriétés dites *catalytiques* du platine et sur sa qualité de métal inoxydable.

Je passe sous silence les caractères différentiels qui ont trait à la forme, au mode d'agencement, au mode de fonctionnement, au volume, etc., de ces deux appareils.

Il n'y a donc, en somme, entre le chalumeau-cautère et mon thermo-cautère d'autre point de contact que celui-ci, à savoir : qu'ils brûlent tous deux un mélange d'air et de vapeurs hydrocarbonées; encore faut-il ajouter que ce mélange, outre qu'il n'est pas le même, est brûlé par chaque instrument d'une façon différente, avec flamme par l'un, sans flamme par l'autre.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Réflexions sur la pneumonie et sur son traitement à propos d'une épidémie de bronchite et broncho-pneumonie ;

Par le docteur Dauvergne père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier.

Jamais peut-être ces paroles de Bordeu : *La maladie n'est pas un être, mais une manière d'être*, n'ont eu une plus juste signification et n'ont mieux expliqué les causes de la maladie, les effets des médicaments et du régime, qu'au sujet des bronchites et des pneumonies qui ont régné à Manosque, et généralement dans nos contrées, pendant l'hiver de 1875. Précisément parce que je professe depuis longtemps que les maladies ne sont que des troubles fonctionnels, j'ai dû reconnaître que ces paroles de l'ingénieux médecin d'Aquitaine résument, avec un sens admirable, toute la physiologie pathologique, et avec elle tous les effets thérapeutiques d'où nous devons tirer les indications de nos médications. Cela, cependant, n'est pas toujours aussi simple que dans une maladie phlegmasique, qui peut s'expliquer par une congestion ou stase sanguine sur un organe, pendant que tout le reste du corps est exposé au refroidissement, et alors surtout qu'auparavant tout l'organisme se trouvait en excitation, soit par la chaleur, par l'exercice, soit par une passion, telle que l'émotion, la colère, etc. La dépression que le froid produit ensuite sur une grande surface de la peau explique parfaitement l'hypérémie qui se double sur l'organe intérieur, et qui ne subit pas en même temps la réfrigération, partant l'ischémie de la périphérie. Ajoutez encore la transpiration qui s'arrête subitement, cette soupape de sûreté, dont nous pouvons comprendre les conséquences réflexes, sans nous expliquer aussi bien les altérations chimiques humorales qui peuvent résulter de cette sécrétion excrémentitielle rétrocédée.

Dans les maladies constitutionnelles, diathésiques, bien qu'elles soient toujours des manières d'être, mais par ce fait qu'elles affectent chimiquement toute la substance et que la science analytique n'a pu pénétrer encore dans ces nuances si minimes, si

profondes, si occultes de cette chimie vivante, nous ne pouvons que les concevoir, sans pouvoir démontrer leur mécanisme, leur mode d'existence, leur essentialité, et partant les atteindre, les combattre, comme nous attaquons une congestion récente, une hypérémie, même une hyperplasie, en détruisant la fluxion pathologique par des excitations, des perturbations et des sécrétions éloignées.

Il suffit souvent, en effet, pour cette manière d'être des maladies, que, par une simple action mécanique, on désemplisse les vaisseaux et qu'on porte ailleurs par l'excitation le flux sanguin et les sécrétions, pour que la résolution d'une hypérémie s'effectue, surtout si cette hypérémie siége dans un organe à parenchyme lâche et spongieux, comme le poumon. C'est ce qui explique comment la résolution d'une pneumonie est plus facile à obtenir et plus rapide que celle d'une pleurésie, d'une bronchite, même d'un érythème, d'un érysipèle, d'une dartre vive, etc. Ces difficultés et ces longueurs se doublent donc s'il s'agit d'altérations chimiques, comme dans les fièvres typhoïdes, puerpérales, contre lesquelles nous n'avons jamais que les mêmes moyens à opposer pour changer leur manière d'être : les spoliations, les excrétions, les tonifications qui puissent donner au mécanisme organique les impulsions possibles pour se guérir lui-même dans les évolutions de son consensus fonctionnel; « car, dit récemment le professeur Hirtz dans le *Journal de thérapeutique*, ferments ou miasmes, bactéries ou vibrions, résistent aux agents neutralisants, et le traitement ici encore par la cause unique est impossible et dépend toujours donc du mouvement imprimé au consensus organo-fonctionnel. » Il ne peut même en être autrement dans les affections scrofuleuses, dartreuses, syphilitiques, etc. Ce travail prouvera particulièrement qu'il est peu de maladies où la médecine soit si efficace, si rationnelle, si évidente et prompte que dans les phlegmasies du parenchyme pulmonaire, pour lesquelles aussi la cause est la plus simple et la plus évidente par sa manière, simplement mécanique peut-être, de troubler l'harmonie physiologique.

DES CAUSES DE L'ÉPIDÉMIE DE PNEUMONIE DE L'ANNÉE 1875.

Si je compare les hivers de 1870 à 1875, j'observe que, pendant les années 1870-71, où les froids se sont fait sentir de

bonne heure, où il a plu ou tombé de la neige ayant séjourné de quinze à vingt jours sur la terre, il n'y a eu que des phlegmasies pulmonaires tout à fait individuelles, rares et accidentelles ; que les hivers de 1872, 1873, 1874, qui, dans nos contrées, ont été généralement chauds et secs, il y a eu beaucoup de bronchites ; tandis que l'hiver de 1875, qui a été d'abord humide par les pluies d'octobre, et ensuite sec et froid jusqu'aux pluies de mai, qui ont aussitôt ramené la douceur de la température, a produit, de janvier à mai, un nombre tout à fait inusité de pneumonies tant qu'ont duré ce froid et cette sécheresse ; je crois être en droit de conclure que c'est à ces conditions de l'atmosphère que l'on doit attribuer ces phlegmasies pulmonaires, qui ont cédé aussitôt après.

Je viens de dire que les hivers chauds et secs de 1873 et 1874 avaient produit presque exclusivement des bronchites. Voici, en effet, ce que nous observons dans ces circonstances : Si l'on reste quelque temps exposé aux rayons de notre soleil de Provence, surtout dans l'inaction, la tête devient lourde et brûlante, la figure vultueuse, les artères battent avec force, la chaleur pénètre tout l'organisme, qui la reçoit et la garde sans se dégager par la transpiration. Il se produit une espèce de fièvre par cet excès de calorique retenu. Si alors on passe à l'ombre, et surtout qu'on y séjourne, cette sorte d'incubation de calorique est refoulée à l'intérieur, et particulièrement sur les muqueuses des organes respiratoires. D'ordinaire, ce sont les muqueuses olfactive et pharyngienne qui sont prises les premières, parce que la tête a eu à subir la plus grande intensité de la chaleur et la première impression du froid. Mais la trachée, les bronches ne tardent pas à se prendre successivement, lorsqu'elles n'ont pas été prises en même temps avec tout le système muqueux des voies aériennes.

Toutefois, peut-on expliquer pourquoi le refroidissement, après cet excès de chaleur *incubé* dans l'organisme, produit la congestion plutôt sur les muqueuses de l'appareil naso-pharyngo-bronchique, et le froid général et soutenu plus particulièrement dans le parenchyme pulmonaire ? Je constate d'abord le fait. Mais, attendu les sympathies de fonctions entre la peau et les muqueuses des organes respiratoires, on conçoit que, par l'arrêt des fonctions de l'enveloppe extérieure, l'intérieure, qui doit y suppléer, soit principalement impressionnée et reçoive le premier choc de la rétrocession. La bronchite s'explique alors très-naturellement,

et l'inflammation du parenchyme pulmonaire par extension s'explique de même lorsque l'action et les effets du froid persistent. D'autant que les observations qui vont suivre attestent que, si la pneumonie s'est montrée quelquefois d'emblée, elle a été plus souvent encore la complication de l'extension de la bronchite. Il suit, d'ailleurs, des faits, que les hivers chauds et secs ont procuré presque uniquement des bronchites, et l'hiver de 1875, sec et froid, des pneumonies à la suite des bronchites; car, dans notre Provence, les journées les plus froides n'empêchent pas les éclaircies de soleil, qui engagent toujours les gens à aller se blottir dans quelque abri, où ils séjournent fréquemment jusqu'au déclin de l'astre.

Cette influence climatérique sur l'affection phlegmasique des organes pulmonaires ne s'est pas bornée à Manosque, mais s'est étendue assez loin dans la Provence, comme me l'ont assuré divers médecins, et notamment mon fils, à Marseille. Mais seraient-ce là les seules causes de la fréquence de la maladie, lorsque je trouve dans la *Gazette d'hygiène et de climatologie* un article du docteur Wynter Blyth, dans lequel il considère la pneumonie de cette année, non-seulement comme épidémique, mais contagieuse? Il y établit un tableau qui montre que, dans le district de Dalverton, les décès par pneumonie n'ont été que de quatorze en 1874, tandis qu'ils se sont élevés en 1875 jusqu'à cent quarante-quatre (15 octobre 1875, p. 20). Il en a été à peu près de même, d'après cet auteur, dans le district de Sommersetshire.

S'il en a été ainsi, outre les dispositions météorologiques que j'ai signalées, il paraîtrait qu'il a existé une cause épidémique plus générale. Est-ce le froid sec aussi qui a produit la fréquence de cette maladie en Angleterre? La maladie a-t-elle régné dans les mêmes conditions sur diverses provinces de la France? Ce qu'il y a de certain, c'est que cet hiver de 1876, qui chez nous est encore sec et froid, j'ai déjà, dans deux mois, eu à traiter huit pneumonies, chiffre considérable si je le compare à celui des années entières dans les temps ordinaires.

Donc ma statistique peut porter sur vingt-cinq cas : dix-sept dans les trois mois de l'hiver dernier, dont une mort, une femme de quatre-vingt-trois ans qui figurera plus loin ; et huit dans les mois de décembre et janvier de cet hiver, dont trois morts. D'abord une religieuse de soixante-dix ans, infirme depuis trois ans par des douleurs rhumatismales, qui la rendaient entièrement impotente,

affaiblie, et courbée au point que sa tête touchait les genoux. Tout de suite les crachats furent jus de pruneau, et elle succomba le deuxième jour sans que la médication pût avoir le moindre effet sur cet organisme épuisé. Il en fut de même sur un autre vieillard de quatre-vingts ans, qui, deux ans auparavant, avait éprouvé une pneumonie grave dont il se tira avec peine, malgré les soins de notre distingué confrère M. Girard, de Marseille. Cette année, atteint depuis quelques jours et tout aussitôt dans le délire, il passa une nuit hors de son lit, s'étant perdu dans sa chambre. Je fus appelé le lendemain ; mais il ne voulut pas prendre sa potion, prétendant que les remèdes étaient des poisons. Aussi le surlendemain succomba-t-il dans le râle bruyant de l'asphyxie et le délire le plus incohérent. Sur ce nombre de trois, je compte encore une femme de soixante-neuf ans, emphysémateuse depuis plusieurs années, qui avait une gêne telle dans la circulation cardio-pulmonaire, que ses jambes étaient enflées lorsque l'affection la prit. Sa respiration bruyante, les râles muqueux, sibilants, et des soufles bronchiques qu'on entendait dans toute la poitrine annonçaient plutôt une bronchite avec œdème du poumon qu'une inflammation du parenchyme. Malgré tout cela, il y eut deux jours de rémission sous l'influence de la potion kermétisée et d'un purgatif, qu'elle prit mal, parce qu'elle et son entourage avaient encore peur des remèdes pharmaceutiques. Dans cette aversion on se hâta, contre mon gré, de lui donner du chocolat, du bouillon, après lesquels la fièvre se ralluma, et la malade succomba, par l'arrêt de l'expectoration, dans une lente asphyxie et un collapsus profond.

Il résulte donc de ces faits que j'ai eu à traiter, dans l'espace de cinq mois secs et froids, vingt-cinq pneumonies ou broncho-pneumonies : dix-sept pendant les mois de janvier, février et mars de l'hiver de 1875, et huit cette année pendant les mois de décembre et janvier, froids et secs aussi. Depuis, la température a été douce, maintenant que les mois sont humides, je n'ai plus rencontré que des bronchites sans trop de gravité. En conséquence, sur ces vingt-cinq cas de phlegmasies pulmonaires graves, je n'ai eu à déplorer que quatre morts : une femme de quatre-vingt-trois ans l'an dernier, sur les dix-sept cas, et sur les huit de cet hiver, trois que je viens d'indiquer, et dont les sujets, outre leur âge, présentaient des complications graves et ont offert deux fois en même temps des incuries inqualifiables ou ridicules. Donc, sur

vingt-cinq cas, quatre morts, vingt et une guérisons. Armé de ces faits, voyons les conséquences cliniques qu'ils expriment, tirons-en les indications qu'ils ont présentées et l'enseignement qu'ils nous donnent. (*La suite au prochain numéro.*)

PHARMACOLOGIE

Sur le bromhydrate de cicutine cristallisé;

Par M. Mourrut, pharmacien.

« Le discrédit qui frappe la ciguë a pour cause l'infidélité de ses préparations ; aucune ne donne des garanties d'activité et de conservation ; il serait désirable que la thérapeutique fût en possession d'un principe toujours identique et dont les effets pourraient être gradués avec précision. » Ainsi s'exprime M. le professeur Gubler dans la dernière édition de ses *Commentaires*.

Tous les chimistes se sont accordés à dire que les sels de cicutine étaient peu stables, ou mal cristallisés, ou tellement hygrométriques qu'on ne pouvait les employer. Ces assertions avaient grand besoin d'être contrôlées ; dès le commencement de 1875, je fus prié par le docteur Landur, qui prescrit souvent la cicutine, d'essayer de faire cristalliser des sels de cet alcaloïde ; je n'avais à ma disposition que de la cicutine brune, que l'on trouve le plus souvent sur la place de Paris ; j'essayai avec divers acides, et j'obtins des résultats satisfaisants ; mais les cristaux étaient souillés d'une substance brune dont il était impossible de les débarrasser sans grande perte.

La cicutine allemande, qui est presque incolore, donne très-facilement des cristaux. Le sel qui m'a le mieux réussi et que j'ai le plus étudié est le bromhydrate. On l'obtient facilement en combinant l'acide HBr avec l'alcaloïde ; si on opère sur de la cicutine brune, on remarque d'abord une élévation de température, un dégagement de vapeurs blanches, à odeur caractéristique de cicutine ; puis le mélange devient vert, et enfin noir à reflets rouges. Au bout de peu de temps on voit des cristaux se former ; ils sont souillés de cette substance brune-noire qui colore le liquide ; cette substance est soluble dans l'eau et l'alcool ; mais

par des cristallisations réitérées on peut obtenir des cristaux tout à fait incolores.

Avec l'alcaloïde impur on a beaucoup de perte; il est préférable d'opérer sur de la cicutine blanche; on la verse dans un cristallisoir, avec un fragment de papier bleu de tournesol; puis, goutte à goutte, et en agitant, on verse dans le liquide de l'acide bromhydrique dilué; il est prudent de verser peu à peu, sans cela le dégagement des vapeurs de cicutine viendrait gêner l'opérateur. On reconnaît que la base est saturée lorsque le papier réactif commence à passer au rouge; on remarque alors que le liquide, de jaune qu'il était d'abord, a pris une teinte rosée. Les gouttelettes, répandues sur les parois du vase, cristallisent aussitôt en aiguilles; on peut exposer le liquide à une douce chaleur pour faciliter l'évaporation, on ne sent plus d'odeur de cicutine.

Le bromhydrate de cicutine cristallise en aiguilles prismatiques incolores, très-solubles dans l'eau et l'alcool, moins dans l'éther et le chloroforme; ces cristaux ne sont point déliquescents; ils sont inodores et ont peu de saveur. Lorsqu'on les broie dans les doigts ou dans un mortier, ils dégagent une forte odeur de cicutine.

Exposés à l'air, ils se colorent en rouge comme beaucoup de bromhydrates, mais ne se décomposent pas; dans l'obscurité ils se conservent blancs. Ils peuvent supporter une température assez élevée; vers 100 degrés ils fondent; au-dessus, ils se volatilisent en dégageant l'odeur de cicutine.

Ils contiennent environ un tiers de leur poids de brome; je n'ai pu encore en faire une analyse exacte.

J'ai cherché à savoir quelle dose de ce sel on pourrait donner impunément à des animaux. Les essais ont été faits avec des cristaux obtenus de la *cicutine brune*, et comparativement avec ceux obtenus de la cicutine incolore; l'action est la même sur un même animal.

J'ai commencé par donner 5 centigrammes à un chien de huit mois, pesant 7 à 8 kilogrammes; il a éprouvé une somnolence marquée. Quelques jours après, avec 10 centigrammes, il a eu le train de derrière fortement paralysé, mais s'est promptement remis; les doses de 15 à 20 centigrammes étaient également bien supportées, la paralysie était plus accentuée. A la dose de 40 centigrammes il a été anéanti, les membres n'avaient aucune résis-

tance ; il y a eu une miction peu abondante. Quatre heures après l'animal était entièrement remis.

J'ai donné un jour 60 centigrammes en cinq fois, chaque fois à une heure dix minutes d'intervalle ; l'animal était intoxiqué à chaque dose, et il était facile de remarquer, après l'effet de chaque administration, un laps de temps où l'animal était mieux, puis il retombait sous l'influence de la dose suivante ; le lendemain matin l'animal jouait dans la rue avec d'autres chiens.

Un jour j'ai donné à ce même animal 50 centigrammes de sel en une seule fois, à huit heures trente-cinq minutes du matin ; quarante minutes après il tombe ; une heure après, la troisième paupière, qui jusqu'ici recouvrait en partie la pupille, disparaît entièrement ; la pupille est très-grande. Légère miction : deux heures après il est complétement inanimé; la circulation n'est pas ralentie ; la respiration est la même, mais gênée ; il sent bien lorsqu'on le pique, et se plaint. A dix heures quarante-trois minutes il meurt sans mouvement. A l'autopsie, je remarque que les cavités du cœur contiennent du sang noir-violet caillé ; les caillots se trouvent jusque dans la crosse de l'aorte, les méninges sont injectées ; rien d'anormal dans le tube digestif ; la vessie est déprimée, et ne contient que quelques centimètres cubes de liquide, d'une odeur ammoniacale prononcée.

Chez un chat du poids de 3 kilogrammes, j'ai obtenu la paralysie avec 5 centigrammes de sel ; le 6 avril à dix heures du matin, j'ai fait prendre à ce même animal 20 centigrammes de sel : il est resté paralysé jusqu'à deux heures ; à deux heures et demie il allait bien : le docteur Saison lui a injecté dans la patte droite antérieure 10 centigrammes de sel, dix minutes après l'animal tombe ; sa paralysie a été bien plus forte et de plus de durée que celle produite pas ingestion. Le lendemain, à huit heures, le pauvre animal roulait encore sur la tête lorsqu'on le mettait sur ses pattes ; à midi il allait bien et a mangé.

Le docteur Saison, qui a noté cette observation, a toujours remarqué deux cents battements du cœur et quarante-cinq inspirations à la minute, même pendant le plus grand abattement, et aucun trouble sérieux de la sensibilité ; l'animal a toujours senti qu'on le piquait. Il n'y a pas eu de miction de dix heures du matin à dix heures du soir.

Les observations faites sur les malades m'ont été communiquées pas mes amis les docteurs Saison, Landur et Regnauld.

Le docteur Saison a donné à un enfant de trois ans 5 milligrammes toutes les heures ; cet enfant, atteint de la coqueluche, a dormi toute la nuit sans tousser.

Le docteur Landur a donné le sel dans la coqueluche, l'asthme, la toux des phthisiques et contre les douleurs de la dentition chez les enfants ; il a obtenu de bons résultats. Il l'a administré aux doses de 2 milligrammes pour les enfants d'un an et de 1 centigramme pour les adultes ; ces doses ont quelquefois été renouvelées toutes les heures.

Le docteur Regnault l'a employé en injections hypodermiques, sur un homme de trente-cinq ans, atteint de douleur sciatique ; il a injecté 5 gouttes d'une solution au cinquantième, soit 5 milligrammes. Cette dose a été supportée sans aucun accident. Trois jours après il a donné une nouvelle injection et le malade n'a plus senti de douleurs. Il a injecté 3 milligrammes de sel à une femme phthisique, âgée de vingt-trois ans, qui souffrait d'une névralgie intercostale ; sa douleur a disparu.

Je ne cite ces deux dernières observations que pour indiquer quelle dose de sel on peut employer sans danger.

Les doses relativement élevées que j'ai données pour obtenir la mort pourraient porter à croire que ce n'est pas la cicutine qui est combinée à l'acide bromhydrique. M. le professeur Gubler m'a affirmé que la cicutine de Christison, dont je n'ai jamais pu me procurer d'échantillon et dont aucun auteur n'indique le mode de préparation, était beaucoup plus active que la cicutine de Morson et celle du Codex. Mais il est un fait certain, c'est que le sel que j'ai l'honneur de présenter produit le cicutisme et qu'on pourra toujours obtenir un sel identique et, par conséquent, doué de la même action. M. le professeur Gubler, dans ses *Commentaires*, nous apprend que la cicutine de Christison fait mourir les animaux sans lutte apparente, tandis qu'avec la cicutine de Morson, on voit prédominer les phénomènes convulsifs sur les phénomènes paralytiques. La manière dont les animaux sur lesquels j'ai fait des expériences sont morts me porterait à rapprocher les effets du bromhydrate de cicutine de ceux produits par la cicutine de Christison.

Les cristaux obtenus avec la cicutine incolore sont identiques à ceux obtenus avec la cicutine la plus colorée, même à ceux que l'on obtient en traitant de la cicutine résinifiée par une longue exposition à l'air.

OBSTÉTRIQUE

Sur l'application des tractions mécaniques aux accouchements à propos de nouveaux perfectionnements apportés à un appareil obstétrical (1);

Par le docteur Pros (de la Rochelle).

Nous l'avons dit et nous ne craignons pas de le répéter, l'accoucheur peut et doit faire l'essai, dans certains accouchements, des tractions mécaniques pour tâcher de s'éviter la mutilation de l'enfant, qui résiste à de simples tractions manuelles.

En agissant avec méthode, pénétré qu'il sera de la limite assignée à l'emploi de la force en obstétrique, l'accouchement, presque toujours, ne fera courir aucun danger à la mère. Il y a plus, il se ménagera la chance de sauver l'enfant. Ne le ferait-il qu'une fois sur vingt, il n'aurait qu'à s'applaudir de ne pas s'être laissé dominer par ces répulsions que Joulin a si bien caractérisées, en les signalant, comme plus instinctives que raisonnées.

Pourquoi donc le praticien ne se ferait-il pas un devoir d'éviter à la mère, dans les cas d'une gravité extrême, les tortures du broiement de son enfant? Ces tortures pourraient lui être épargnées par une méthode de tractions artificielles aidées ou non d'une céphalotomie préalable. En cas d'insuccès, ces tractions, combinées avec l'excellente méthode de craniotomie qu'a inaugurée il y a quelques années le très-distingué docteur Guyon, remplaceront avec les plus grands avantages et, à l'insu de la mère, la céphalotripsie ordinaire, reconnue indispensable.

Sans doute, lorsque l'accoucheur se décide à avoir recours au céphalotribe, il n'a plus à compter avec le sentiment maternel. Mais celle sur laquelle il opère ne succombe-t-elle pas, de vingt à plus de trente fois sur cent, selon qu'elle se trouve dans un grand hôpital, à la ville ou à la campagne? Déplorables résultats qui se traduisent, le plus souvent, par une perte de cent trente existences sur deux cents. Et ne peut-on citer des cas dans lesquels la patiente, après deux ou trois accouchements terminés par le cépha-

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

lotribe, soit devenue mère d'enfants vivants forts et bien constitués ? Dans ces accouchements, au moins, il m'est permis de le croire, les tractions mécaniques seules auraient très-probablement donné de bien meilleurs résultats.

Je pourrais prouver, par des faits authentiques, que ces réflexions ne sont pas que dans mon imagination. Je préfère, pour le moment, en démontrer la justesse par un exemple de convention. Plus tard, je donnerai la relation que je dois à ma méthode de tractions artificielles. En attendant, j'ai la satisfaction de pouvoir dire que si les résultats n'ont pu, nécessairement, être tous favorables aux enfants, ils l'ont été pour les mères.

Je vais donc supposer l'accoucheur en présence d'un enfant à terme et d'un développement normal, s'offrant en position OIDP au détroit supérieur d'un bassin de 8 centimètres.

Le forceps étant appliqué obliquement ou transversalement sur cet enfant, que se passera-t-il?

Dans le premier cas, il faudra que l'opération fasse passer un diamètre de plus de 9 centimètres, augmenté de l'épaisseur des cuillers de son instrument, par l'espace de 8 centimètres que mesure le diamètre sacro-pectiné de la mère. Dans le second, je laisse au lecteur le soin de dire l'étendue que pourra acquérir le diamètre BP de l'enfant, au fur et à mesure que son diamètre OF sera de plus en plus réduit. De quelque manière donc que l'accoucheur s'y prenne, il ne pourra pas, très-probablement, mener son opération à bien s'il ne la complète par une céphalotomie et bien plus sûrement par une céphalotripsie. Pour obtenir un meilleur résultat, m'aidant de mon tracteur obstétrical, voici comment je m'y prendrais. Je mettrais la parturiente dans une position méthodique sur mon cadre-lit. Bien que par son propre poids elle pourrait y faire opposition à la traction devant être exercée sur son enfant, les bracelets à contention de l'appareil lui seraient appliqués à la partie moyenne des cuisses, à moins que deux aides, agissant sur ses genoux convenablement écartés l'un de l'autre, ne fussent chargés de la contenir.

Tout étant ainsi disposé, voulant attirer la tête fléchie dans sa position oblique, j'appliquerais la branche à tenon de mon forceps, la concavité de son bord regardant en avant et à gauche, à l'extrémité antérieure du diamètre BP de l'enfant, et l'autre branche à l'opposé. Je réduirais ensuite le diamètre saisi, d'un centimètre,

par le rapprochement forcé des cuillers de mon instrument avant de me mettre en devoir d'opérer des tractions sur lui. Dans ce dernier but, ma tige mobile étant placée en direction de l'axe du détroit supérieur et en même temps de celui du diamètre oblique gauche du bassin, j'accrocherais au forceps le porte-mousqueton à rotation du dynanomètre attenant à la courroie de cette tige mobile. J'exercerais alors sur la tête de l'enfant, d'une manière intermittente, des tractions lentes et soutenues d'une puissance progressive de 5 en 5 kilogrammes, jusqu'à obtenir l'effet d'une résistance vaincue. Dans le cas présent, cet effet ne nécessiterait probablement qu'un déploiement de forces équivalant à 50 ou 60 kilogrammes tout au plus.

De quoi se serait-il donc agi ? De réduire d'un centimètre environ, sous des efforts de tractions, une tête d'enfant bien saisie entre les cuillers d'un forceps.

Dans le cas de non-réussite, je me garderais bien de terminer par une craniotomie avec des sous-tractions. Loin de là, je mettrais, si faire se pouvait, ma malade dans un bain prolongé, au sortir duquel je ferais sur elle de nouvelles tentatives pour sa délivrance. Je les ferais d'autant plus volontiers qu'elle aurait moins souffert de mes premiers essais. Si, après avoir tenté de nouveau d'entraîner la tête de l'enfant dans sa position oblique, j'échouais encore, je placerais cette tête en position transversale franche pour recommencer mes tractions, avec toute la prudence possible, dans des directions différentes et les porterais, à la rigueur, jusqu'à produire un effort de 75 à 80 kilogrammes. J'en prolongerais l'action jusqu'à preuve de leur inutilité, mais pas au delà ; car, pour ne pas rendre la mère victime de leurs effets, je m'imposerais le devoir de pratiquer la perforation du crâne de son enfant. Cette opération, qui pourrait être faite sans qu'elle en fût prévenue, le serait avec une sûreté d'action d'autant plus grande que la tête saisie entre les cuillers de mon forceps serait maintenue d'une manière plus fixe. Pareil avantage me serait donné par la tension de la courroie de ma tige mobile et par l'immobilisation de cette dernière à l'aide de sa martingale.

Je termine ainsi pour le moment ces études. Plus tard, je ferai connaître l'importante modification que depuis peu de temps j'ai fait subir à mon forceps. Je puis en enlever les cuillers pour les remplacer par d'autres, lesquelles, planes et râpeuses à leur intérieur, sont susceptibles d'un grand rapprochement et ne peuvent que difficilement lâcher prise. C'est dire que j'exposerai, par la

suite, une méthode de craniotomie avec tractions, laquelle, à mon point de vue, pourra le plus souvent, pour ne pas dire toujours, supprimer la céphalotripsie classique.

CORRESPONDANCE

Sur un cas de guérison de méningite; bons effets de l'iodure de potassium.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

La jeune G***, âgée de sept ans et demi, habitant une commune voisine de Nantes, n'a eu aucune maladie antérieurement.

Une de ses tantes maternelles est morte de la poitrine ; une de ses sœurs porte des glandes au cou.

Date du début de la maladie : le 4 décembre 1869. Ce jour, l'enfant s'était levée gaie et en parfaite santé. Elle sortit de bonne heure. En rentrant, elle se plaignit d'un violent mal de tête qui persista jusqu'au soir. Elle eut quelques vomissements dans la journée. Vers onze heures, apparition d'un délire violent, agitation extrême.

Le lendemain matin, le médecin de la localité fut appelé près de la malade. Il constata la perte absolue de connaissance, le délire. L'accélération du pouls était très-grande. Un certain nombre de sangsues furent appliquées derrière les oreilles.

Au bout de vingt-quatre heures, à ce délire succéda un coma profond qui persistait depuis plus d'un mois, sans interruption, quand je vis la malade pour la première fois le 16 janvier 1870. Divers moyens avaient été opposés aux symptômes de cette nouvelle phase de la maladie : calomel administré à doses purgatives, vésicatoires aux extrémités inférieures, etc.

Le médecin de la malade m'ayant fait l'honneur de m'appeler en consultation, le 16 janvier, je constatai les symptômes suivants : état comateux d'où il était impossible de faire sortir la malade ; strabisme divergent avec dilatation des pupilles qui ne se contractaient pas à une vive lumière ; mâchonnement, renversement de la tête en arrière, roideur tétanique des muscles du cou et de la partie postérieure du tronc (opisthotonos), insensibilité des téguments ; membres en résolution. La respiration était difficile, presque stertoreuse. Le pouls, très-faible, était ralenti, inégal. L'abdomen rétracté, en forme de bateau. Constipation très-opiniâtre. L'amaigrissement était extrême, et le derme était à nu au niveau du grand trochanter et dans les points où avaient été appliqués les vésicatoires. Ces plaies suppuraient abondamment.

Jusque-là on avait soutenu la malade à l'aide de bouillon et de

vin de quinquina, qu'on lui faisait avaler par gorgées, après lui avoir desserré les dents de force.

Nous prescrivîmes le calomel à doses fractionnées : 1 centigramme toutes les heures, médication qui dut être renouvelée tous les deux jours. Des frictions mercurielles sur le cuir chevelu préalablement rasé furent en outre ordonnées. On dut continuer l'alimentation avec le vin de quinquina et le bouillon. Les plaies furent pansées avec de la charpie imbibée de vin rouge.

Je revis plusieurs fois la malade dans le courant de février. Son état ne se modifiait en rien : le coma était toujours aussi profond, le pouls faible et inégal. Les plaies avaient meilleur aspect. Les médicaments, le bouillon, le vin étaient toujours avalés avec une extrême difficulté : on ne parvenait à les faire prendre qu'en engageant très-profondément la cuiller dans la bouche.

Nous fîmes suspendre l'emploi du calomel à doses fractionnées : on se contenta de l'administrer à doses purgatives et à intervalles éloignés.

Vers le milieu de février, mon confrère essaya de la noix vomique à petite dose. Des secousses, de la contracture survenues aux membres supérieurs firent abandonner ce médicament.

Le 5 mars, aucun changement notable : le coma était le même. Le strabisme existait toujours avec la dilatation des pupilles, qui ne se contractaient pas à une vive clarté. Le pouls, de plus en plus faible, était inégal, non accéléré. Contracture des membres supérieurs. Anesthésie un peu moins complète. Les parents nous dirent que de temps en temps la petite malade poussait des cris plaintifs, quand on la tracassait pour la remuer dans son lit.

Prescription : iodure de potassium, 50 centigrammes chaque jour. Bouillon et vin.

Le 8 avril, je revis la malade. Mon étonnement fut grand ce jour-là quand, entrant dans la chambre, je vis la malade me suivre du regard, puis répondre d'une façon juste aux questions que je lui adressai ; un rire niais accompagnait ses réponses. Facies bon, presque coloré, animé. Pouls régulier, non fébrile. Toujours même roideur du cou et du tronc. Contracture moindre des extrémités supérieures. Si j'engageais la malade à me serrer la main, elle y répondait par un effort presque nul. Le mouvement était aussi très-peu marqué aux extrémités inférieures. Dans tous ces points, la sensibilité était revenue. Il y avait toujours incontinence d'urine et des selles.

Malgré la persistance de cette dernière paralysie, malgré la paralysie presque absolue des mouvements volontaires, l'état de la malade était, on le voit, bien amélioré. Cette amélioration datait d'une dizaine de jours. Le coma avait donc duré plus de deux mois. L'iodure de potassium avait été pris régulièrement tous les jours, depuis le 5 mars. Nous ordonnâmes qu'on en continuât l'usage et qu'on alimentât la malade, dont l'appétit commençait à s'éveiller.

Dans le courant du mois de mai, l'amélioration devint encore

plus sensible : on put lever la malade, qui passait une partie de ses journées, en plein air, assise dans un fauteuil. Le mouvement était un peu revenu aux extrémités inférieures, sans toutefois qu'elles pussent soutenir encore le poids du corps. Les bras avaient recouvré en partie leur action : la malade pouvait porter les mains à sa tête, et se servir de ses doigts. Enfin l'incontinence d'urine et des selles avait disparu.

Quelques mois plus tard, je sus que l'enfant ne conservait plus que de la faiblesse dans les jambes. Elle marchait avec des béquilles. Bientôt enfin, ce soutien ne fut plus nécessaire.

Quatre ans après ces accidents, j'ai revu la malade chez moi. Elle avait onze ans et demi, son facies avait de la fraîcheur, de l'animation, son intelligence était celle d'un enfant de son âge. Cependant elle avait encore une certaine faiblesse du membre inférieur gauche, qu'elle traînait un peu en marchant.

En ce moment, elle présente un engorgement ganglionnaire au cou.

Diagnostic. — Les symptômes du début : céphalalgie violente, vomissements, accélération extrême du pouls ; le délire, puis la constipation, dénotaient bien une méningite cérébrale.

Plus tard la persistance du délire, les irrégularités avec ralentissement du pouls, les convulsions, le strabisme avec dilatation permanente des pupilles, puis enfin le coma, ne faisaient que confirmer le diagnostic.

D'autre part, la paralysie des membres qui fut surtout tenace aux extrémités inférieures, la paralysie de vessie et du rectum ne permettent pas de douter que les enveloppes de la moelle ellemême n'aient été atteintes.

Quelle était la nature de cette méningite? Je ne saurais être très-affirmatif à ce sujet ; cependant, vu l'absence dans le pays de toute affection de cette nature, on peut de suite éliminer la forme de méningite dite *cérébro-spinale épidémique*.

Restent donc la méningite tuberculeuse et la méningite franche.

Si l'existence de manifestations scrofuleuses, glandes au cou observées plus tard, si la longue durée de la maladie et des symptômes (coma, de plus de deux mois de durée) semblent témoigner en faveur d'une méningite tuberculeuse ; d'autre part, la soudaine explosion de la maladie, au milieu d'une santé antérieurement parfaite, la rapidité avec laquelle l'affection passa de la première période à la période de coma, la guérison enfin sont, à mon sens, autant de raisons devant plutôt faire supposer qu'il s'agissait d'une méningite franche.

J'appellerai l'attention sur les bons effets que semble avoir produits, dans ce cas, l'usage longtemps prolongé de l'iodure de potassium. En effet, une amélioration notable ne commença à se manifester qu'après l'administration de ce médicament.

Dr Bonamy,

Nantes, 10 avril 1876. Médecin suppléant des hôpitaux de Nantes

Sur le traitement de la granulie par l'extrait de noyer.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Il eût sans doute été de meilleur goût de ne pas répondre à mon honorable contradicteur, M. le docteur Meslier (de Barbezieux); car la critique a ses droits; mais aussi la partie est trop belle, et je ne puis résister au plaisir de la riposte. Toutefois, ne craignez rien, je n'en abuserai pas.

Je veux bien admettre le diagnostic : *Méningite tuberculeuse*, dont M. le docteur Meslier qualifie son observation ; et quoiqu'il s'agisse surtout ici d'un scrofuleux renforcé, depuis longtemps éloigné de la phase granuleuse de sa maladie, et déjà couché depuis huit jours avant le commencement de la cure. Mais qu'on juge un pareil traitement !

Le *premier jour*, il est vrai, on donne 2 grammes d'*extrait de noyer*. (Quel extrait?)

Deuxième jour : 2 grammes d'*extrait de noyer*, plus 1 gramme d'iodure de potassium, plus 2 grammes d'extrait de quinquina, plus 25 centigrammes de calomel et 20 centigrammes de scammonée.

Le soir du même jour, vésicatoire à la nuque.

Troisième jour : 2 grammes d'*extrait de noyer*, 2 grammes d'extrait de quinquina, plus 50 centigrammes de calomel et 20 centigrammes de scammonée.

Quatrième jour : 2 grammes d'*extrait de noyer*, 2 grammes d'extrait de quinquina, plus 25 grammes d'huile de ricin.

Cinquième jour : 2 grammes d'*extrait de noyer*, 2 grammes d'extrait de quinquina, plus vésicatoire sur la tête rasée.

Le soir du même jour, 2 grammes de bromure de potassium.

Sixième jour : sinapismes aux jambes.

Septième jour : mort.

Que pensez-vous de ce traitement composite? Est-ce là de la rigueur scientifique, bien que, par compensation, on nous ait donné l'état des rétines examinées à l'ophthalmoscope, et qu'on ait pris la température du corps?

Il me semble que si j'avais voulu estimer la valeur de l'extrait de noyer dans ce cas, je l'eusse employé seul; j'en eusse porté la dose à 5 grammes au moins, vu la gravité des circonstances; et enfin, je me fusse expliqué sur la qualité de mon extrait; chose essentielle!

Il est assez ridicule de se poser en homme incompris; mais, croirait-on qu'à la suite de la publication de mon court travail dans le *Bulletin de Thérapeutique*, je n'aie reçu de demandes d'explications que pour des phthisies confirmées, arrivées même à leur période ultime? Un confrère, lui, s'imagine que, par *granulie*, j'ai voulu entendre les granulations de l'arrière-gorge, prenant ainsi la maladie d'Empis pour l'angine glanduleuse de Guéneau de Mussy.

On me dira que je n'ai pas été suffisamment explicite, et surtout que je n'ai point fourni d'observations à l'appui de mes assertions. Mais, précisément! j'ai fait une réserve pour la granulie méningée, qui, par l'importance de l'organe malade, expose à plus de mécomptes que les autres déterminations de la même affection ; et c'est tout juste un cas mal choisi de méningite tuberculeuse que l'on m'oppose!

Quant à des observations, je me suis bien gardé d'en donner, ne voulant pas laisser ruiner par le détail une idée qui demande à se faire voir entière et dans toute sa claire simplicité. Aussi bien, mon honorable confrère s'est-il chargé lui-même, par le côté si vulnérable de son récit, de nous montrer les inconvénients d'une pareille manière de faire.

Veuillez agréer, etc. A. LUTON.

Reims, 19 mai 1876.

BIBLIOGRAPHIE

Des eaux alcalines lithinées de Royat dans les manifestations arthritiques et de ses bains à eau vive dans les affections chloro-anémiques et nerveuses, par le docteur BOUCOMONT. (Adrien Delahaye, éditeur.)

Dix ans avant que la guerre attirât l'attention sur les eaux d'Auvergne dont la minéralisation si variée offre aux Français les succédanés des principales stations de l'Allemagne, MM. les docteurs Allard et Boucomont, passant en revue les richesses minérales de ce groupe, avaient prédit son avenir. Les eaux d'Auvergne sont, en effet, aujourd'hui, en grande faveur. Ces sources, quoique d'une origine commune, en traversant ce sol volcanique tourmenté par des éruptions nombreuses, rencontrent des sels nouveaux qui modifient assez leur composition, pour permettre les applications les plus variées. Royat, par exemple, reçoit chaque année des affections en apparence si différentes, que la difficulté de l'étude de cette remarquable station était d'en limiter les effets. Le docteur Boucomont, s'appuyant sur une pratique de plus de quinze années d'exercice, a séparé en deux groupes les états morbides tributaires de ces eaux : d'une part, les manifestations arthritiques, viscérales et cutanées, qui trouvent dans les eaux alcalines lithinées les principes altérants les plus puissants de la diathèse qui préside à leur évolution ; d'une autre, les affections chloro-anémiques et nerveuses qui, dans ces bains à eau vive, dans ce courant d'acide carbonique, trouvent des modificateurs puissants des fonctions cutanées. L'eau de Royat est très-fortement minéralisée (6 grammes par litre). A côté des principes altérants des sels alcalins, se trouvent d'autres principes éminemment toniques comme le chlorure de sodium, le carbonate de chaux et de fer qui expliquent leurs effets dans toutes les affections qui s'accompagnent d'anémie. Cette minéralisation est maintenue dans toute sa richesse par un courant constant d'eau thermale qui, transformant chaque baignoire en piscine à eau vive, y entretient une température de 35 degrés centigrades. Le docteur Boucomont pense cependant que ces conditions si rares de minéralisation inaltérable et de température constante, sont primées encore par l'effet du courant d'acide carbonique qui anime ces bains : ce gaz assez abondant dans les bains de César pour couvrir, en quelques minutes, le corps tout entier, agit à la fois comme sédatif dans les affections nerveuses et stimulant de la circulation cutanée dans les affections

chloro-anémiques. Ces bains sont les adjuvants les plus puissants de cette eau complexe que M. Gubler appelle de la *lymphe minérale* et en favorisent singulièrement l'assimilation. Aussi les dyspepsies diverses, surtout celles à forme atonique, se trouvent-elles promptement modifiées. Cette étude des eaux de Royat est complétée par les effets très-remarquables de ses salles d'inhalation dans les affections des voies respiratoires. L'analogie de composition avec Ems, mieux que son voisinage du mont D'or, autorise une application qui grandit chaque jour et s'impose de plus en plus par ses heureux résultats. Les affections de la gorge et des bronches, chez les sujets arthritiques ou très-nerveux, pour lesquels les eaux sulfureuses sont contre-indiquées, se trouvent toujours modifiées, sans excitation, par les eaux et les vapeurs alcalines mixtes de Royat. L'auteur regrette, en finissant de ne pouvoir citer quelques-unes des nombreuses observations que lui a fournies sa longue pratique; mais la forme concise de la brochure déjà trop longue ne le permettant pas, il en fera le sujet d'une nouvelle étude.

Leçons sur les kératites précédées d'une étude sur la circulation, l'innervation et la nutrition de l'œil et de l'exposé des divers moyens de traitement employés contre les ophthalmies en général, professées par M. F. Panas, agrégé de la Faculté, chargé du cours complémentaire d'ophthalmologie, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

M. Panas vient de publier en un volume les leçons qu'il a faites l'année passée à l'hôpital Lariboisière. Ces leçons, hâtons-nous de le dire, sont un exposé complet de toutes les connaissances que nous possédons sur l'anatomie normale et pathologique de la cornée, en même temps qu'elles intéressent la thérapeutique des ophthalmies en général. Nous tâcherons d'en donner un court résumé.

Dans la première leçon toute d'anatomie, l'auteur s'attache à démontrer la disposition du système vasculaire de l'œil et les rapports importants qu'il présente avec le système vasculaire intracranien et celui de la face. Il divise ce système en antérieur et postérieur, il en fait voir comment ces deux systèmes communiquent largement entre eux. Les conséquences pathologiques et opératoires qu'il en tire sont importantes. Passant ensuite à la description des nerfs sensitifs et trophiques, il s'y arrête davantage.

Dans la deuxième leçon, l'auteur parle de l'influence du grand sympathique sur la circulation et la nutrition de l'œil. Après avoir donné un court historique des différentes découvertes sur la structure des vaisseaux et des nerfs vaso-moteurs, il rappelle les effets produits sur l'appareil oculaire par la paralysie ou l'excitation du grand sympathique cervical, tels que les phénomènes oculo-pupillaires, et les phénomènes vasculaires du côté de l'œil et de la moitié correspondante de la tête. Il expose les idées qui ont été émises sur les nerfs vaso-dilatateurs, les expériences de Heidenham concernant l'action du sulfate d'atropine sur la corde du tympan, et il en conclut avec cet auteur que l'action hypérémiante de ces nerfs n'est pas intimement liée à leur action hypercrinique. Il finit par la remarque de Claude Bernard, que la vascularisation qui se développe à la suite de la section des vaso-moteurs constricteurs et de l'excitation des vaso-dilatateurs n'est pas une congestion inflammatoire; qu'elle peut durer pendant longtemps sans qu'il se produise une véritable inflammation, et que les parties deviennent seulement plus vulnérables par suite de la congestion permanente.

Le sujet de la deuxième leçon était nécessaire pour bien comprendre la troisième, dans laquelle l'auteur nous expose les expériences qui ont été faites pour connaître l'influence des différents nerfs de l'œil sur la tension intra-oculaire.

Ces expériences ont certainement apporté beaucoup de lumière sur l'influence de l'excitation ou de la section du cordon cervical, bien que les différents auteurs ne soient pas complétement d'accord. Ainsi, selon Adamuck, l'augmentation de la tension intra-oculaire sous l'influence de l'excitation du grand sympathique ne serait due qu'à la gêne de la circulation veineuse, tandis que selon von Hippel et Grünhagen cette augmentation serait sous la dépendance du muscle orbitaire de Müller, dont les fibres se contractent lorsque le grand sympathique est excité. L'accord

n'est pas non plus complet pour ce qui regarde l'action du trijumeau. Von Hippel et Grünhagen concluent à l'existence dans ce nerf des fibres qui dilatent activement les vaisseaux, et que le trijumeau remplit à l'égard de l'œil le rôle d'un nerf activant la transsudation ou la sécrétion. Au contraire, selon les expériences que nous avons instituées à l'occasion de notre thèse inaugurale et d'autres qui sont postérieures et encore inédites, il en résulterait que l'action du trijumeau sur les sécrétions de l'œil n'aurait lieu que par l'intermédiaire du grand sympathique. La clinique saura peut-être un jour résoudre cette question si importante. Les expériences de Sinitzin viendraient à l'appui de nos conclusions.

En attendant, M. Panas se range du côté de MM. Hippel et Grünhagen et admet dans la quatrième leçon que c'est au trijumeau que revient la plus large part dans l'action si considérable des nerfs sur la nutrition de l'œil. Dans cette conférence, après avoir parlé de la constitution du ganglion de Gasser, il a rapporté le résultat des observations de Claude Bernard, selon lesquelles les sections du trijumeau n'auraient aucune action sur la nutrition de l'œil qu'à la condition de faire la section au-delà du ganglion de Gasser. On serait donc obligé d'admettre que tous les phénomènes morbides qu'on observe sont sous l'influence particulièrement du grand sympathique. M. Panas fait ensuite l'exposition des résultats obtenus par Schiff, Meissner, Claude Bernard, Snellen, etc., en sectionnant le trijumeau. La distribution des filets ciliaires, que la cinquième paire fournit à l'œil, rend compte de la sensibilité spéciale dont la cornée est le siége. L'auteur, d'après les expériences de Castorain et de Claude Bernard, envisage la photophobie comme une irritation des nerfs ciliaires ganglionnaires qui forment sous la membrane élastique antérieure de la cornée un réseau extrêmement serré.

Nous passons volontiers sur la cinquième leçon, qui traite de l'influence de certaines affections des centres nerveux sur la circulation du fond de l'œil, comme n'ayant que des rapports indirects avec les kératites, pour nous arrêter un peu plus sur la sixième, dans laquelle l'auteur parle de la physiologie de la sécrétion et de l'absorption des liquides de l'œil ; on y trouve exposées avec clarté les belles expériences de Lebert, qui démontrent d'une façon évidente que l'humeur aqueuse est sécrétée dans la chambre postérieure par les procès ciliaires et la face postérieure de l'iris, et qu'elle est absorbée par les vaisseaux efférents de l'œil. Lebert démontra encore que l'endothélium s'oppose à la filtration des liquides de l'œil, contrairement à ce qui est admis dans les livres. M. Panas parle enfin dans cette leçon de l'*hypotonie* et de l'*hypertonie*, c'est-à-dire de la diminution ou de l'augmentation de la pression intra-oculaire. Il en expose les causes et les symptômes, et arrive à la classification des glaucômes, qui, d'après von Hippel et Grünhagen, serait la suivante : 1° glaucôme par excès de sécrétion ou l'angionévrose ; 2° par stase sanguine, résultant d'un obstacle à la circulation du sang veineux ; 3° par augmentation de la tension sanguine générale, comme cela a lieu à la suite d'une ligature ou d'une compression de l'aorte abdominale. A ces trois variétés, les auteurs cités donnent les noms de glaucôme par excès de sécrétion, glaucôme ophthalmique et glaucôme congestif ou collatéral.

Dans les septième, huitième et neuvième leçons, M. Panas fait une étude très-complète, fondée sur la clinique des moyens qu'on doit employer dans le traitement des ophthalmies. C'est un exposé qui intéresse tout praticien, et qui résume les connaissances principales que nous possédons sur la thérapeutique des ophthalmies. L'auteur s'étend longuement sur chacun des moyens employés, et il insiste sur les indications et les contre-indications. Au sujet de l'atropine, M. Panas parle d'abord des accidents locaux et généraux qui peuvent survenir par suite de son emploi en collyres, de son action sur la sécrétion des humeurs de l'œil, de sa puissance comme mydriatique, et de son peu d'influence sur l'élément douleur. On y trouve des remarques analogues au sujet de l'ésérine. Arrivant à la morphine, l'auteur admet, et à juste raison, que les injections hypodermiques de morphine sont à la fois antialgésiques et antiphlogistiques. Il les recommande dans les affections traumatiques de l'œil accompagnées de douleurs vives, dans les douleurs qui surviennent parfois à la suite des opé-

rations, dans les ophthalmies qui se compliquent de névralgies ciliaires, dans les névralgies et l'hyperesthésie de la rétine, dans certaines contractures par action réflexe, comme le blépharospasme; toutes ces affirmations ont l'observation clinique pour base, et sont indiscutables. L'auteur passe ensuite à l'étude des saignées locales, parmi lesquelles il énumère les scarifications de la conjonctive et la péritomie ou tonsure de la conjonctive. Sur ce dernier moyen de traitement, il donne tous les renseignements nécessaires, ainsi que sur l'application de sangsues ou de ventouses Heurteloup à la tempe. Il recommande les saignées locales, principalement contre les douleurs ciliaires extrêmement vives qui résistent aux injections hypodermiques de morphine. La paracentèse de la chambre antérieure, l'iridectomie, les vésicatoires, les injections caustiques substitutives, le séton et les applications humides chaudes et froides sont examinées tour à tour. Sur la paracentèse de la cornée, il donne les préceptes nécessaires pour bien la pratiquer, indique les cas dans lesquels il faut l'employer; il parle de ses effets optiques particulièrement étudiés par Graefe, Manfredi et Reymond. Il ne fait que mentionner l'iridectomie, qui fera le sujet d'une étude à part lorsqu'il traitera des affections profondes de l'œil.

En dernier lieu, il parle de l'emploi de l'eau chaude ou froide sous des formes diverses : irrigations, fomentations, douches simples et pulvérisées, cataplasmes et surtout *compresses humides*. Il recommande ces fomentations chaudes dans les affections chroniques de la cornée, lorsque la nutrition se fait mal. Elles serviront à dilater les vaisseaux et à y développer une hypérémie plus ou moins active avec toutes ses conséquences secondaires. Ainsi elles seront utiles dans l'infiltration purulente passive, dans les ulcères par abrasion, sans opacité de la cornée, qui se présentent à l'éclairage oblique sous l'aspect des facettes non vasculaires, dans l'infiltration cornéenne accompagnée d'une légère injection périkératique avec douleur intense, dans le pannus à marche chronique avec ou sans granulations palpébrales. Les compresses glacées, au contraire, qui doivent prévenir et combattre une inflammation par trop vive, seront indiquées dans la période du début de la réaction consécutive aux blessures, dans la période aiguë d'une ophthalmie purulente ou diphthéritique. Il prévient les praticiens du danger qu'on peut faire courir aux malades par une application mal faite de ces compresses, et il dit que les règles doivent être déterminées d'après les sensations de bien-être ou de malaise éprouvées par le malade.

Dans la dixième leçon il décrit l'anatomie de la cornée, et de sa connaissance il tire toutes les conséquences pratiques.

Nous ne pouvons entrer dans des détails qui seraient très-difficiles à résumer. Nous dirons seulement qu'il fait une analyse exacte des travaux de His, Many, Recklinghausen, Arnold, Lebert, Cohnheim.

Dans la onzième leçon, il fait la physiologie pathologique de la cornée, il étudie l'inflammation de cette membrane en général, et il expose la théorie selon laquelle les accidents inflammatoires sont le point de départ dans les corpuscules spéciaux à prolongements multiples anastomosés entre eux. Il s'y fait un travail de segmentation et de prolifération semblable à celui que subit l'ovule fécondé. La plupart de ces éléments nouveaux subissent immédiatement une altération régressive qui les détruit, tandis que d'autres passent par des transformations ultérieures. Tantôt les tissus reviennent à leur disposition normale, et la guérison s'effectue sans tache, sans néphélion; tantôt les éléments nouveaux se modifient, se transforment et s'opposent plus ou moins au passage des rayons lumineux. Le stratum hyalin se transforme à son tour, se fendille, se divise en lamelles qui se détachent quelquefois sous formes d'eschares. Les vaisseaux de la périphérie de la cornée se multiplient et augmentent de volume. D'autres auteurs, parmi lesquels Cohnheim, se fondant, à vrai dire, sur des expériences très-concluantes, nient que les éléments résultent d'une multiplication endogène des corpuscules de la cornée. Pour eux, ce sont simplement des globules blancs du sang ayant cheminé jusqu'au point irrité. Quoi qu'il en soit, selon que la lésion épithéliale est plus ou moins étendue, l'infiltration cornéenne sera plus ou moins grave.

Celle-ci est accompagnée d'un développement très-remarquable des vaisseaux périkératiques, qui sont plus ou moins gros, selon que la lésion de la cornée est plus ou moins superficielle.

Ces détails de physiologie pathologique étant donnés, M. Panas entre dans l'étude des kératites en particulier, qui forment l'objet des cinq autres conférences, et dont il expose l'anatomie pathologique, l'étiologie, les symptômes et les complications, le diagnostic, le pronostic et le traitement. Il fait des kératites deux grandes classes, les kératites superficielles et les kératites profondes. Parmi les premiers il faut mentionner la kératite phlycténulaire lymphatique, dont il expose l'anatomie pathologique d'après les récents travaux d'Ivanoff et Raymond. Il l'appelle *kératite lymphatique*, vu le siége de la maladie autour de la cornée, en ce point où Kölliker a depuis longtemps découvert des vaisseaux lymphatiques et vu le tempérament extrêmement lymphatique des personnes qui en sont atteintes. Cette lésion affecte généralement la couche superficielle de la cornée, et peut par la suite, si on n'intervient pas par une médication appropriée, intéresser toutes les couches profondes; des lésions graves peuvent en résulter. Il s'arrête longuement sur le traitement de cette maladie qui est souvent très-tenace; ce traitement doit être à la fois général et local; nous n'énumérerons pas les différents moyens qu'il propose selon les circonstances, parce que ce serait trop long, et nous parlerons d'une autre variété de kératite superficielle, la kératite vésiculeuse ou herpès de la cornée. Elle se distingue de la phlycténulaire par la présence d'une ou de plusieurs vésicules réunies en groupe, siégeant au centre ou plus souvent à la périphérie de la cornée, et qui sont parfaitement transparentes, par l'insensibilité de la cornée au toucher, par l'hypotonie, qui, d'après Horner, est excessive, par l'intensité des douleurs ciliaires et de la photophobie avec larmoiement. L'auteur, d'après Nagel, décrit une variété de kératite vésiculeuse, qui est la forme intermittente névralgique, et il expose les différents moyens propres à l'enrayer. Arrivé à la kératite vasculaire ou pannus proprement dit, l'auteur s'arrête longuement sur le traitement des lésions qui en sont habituellement la cause. Ainsi pour les granulations conjonctivales l'auteur recommande de ne pas employer des caustiques trop violents, de ne pas faire l'excision du cul-de-sac conjonctival, afin d'éviter le raccourcissement de la conjonctive. Il préfère recourir aux cathérétiques et aux agents modificateurs. Il parle ensuite de l'opération du phimosis palpébral, de la nécessité, pour le débridement de la commissure palpébrale externe, de comprendre non-seulement la peau, mais encore le muscle orbiculaire, en même temps qu'il devra s'étendre jusqu'au bord externe de l'orbite. Pour empêcher la réunion des lèvres de la plaie on réunit par deux ou trois points de suture la peau à la conjonctive, de façon à obtenir leur réunion bord à bord. — En cas de pannus sarcomateux, Chisolm a préconisé l'emploi d'un collyre composé d'une partie d'essence de térébenthine et de deux parties d'huile d'olive. Lorsque ces moyens ont échoué, c'est à la péritomie ou à l'inoculation blennorrhagique qu'il faut avoir recours de préférence.

Parmi les kératites profondes il faut mentionner la kératite interstitielle diffuse, ou kératite hérédo-syphilitique d'Hutchinson. Après avoir passé en revue les différents travaux qui ont été publiés à ce sujet, il fait la description de la maladie, qui se caractérise par un pointillé plus ou moins foncé, commençant par la périphérie de la cornée pour envahir souvent toute l'étendue de la cornée. Ce pointillé est situé plus ou moins profondément au-dessous de l'épithélium de la cornée. A cela s'ajoute quelquefois une injection périkératique composée de vaisseaux très-fins, radiés, profonds. Si la maladie fait des progrès, cette injection augmente et les vaisseaux envahissent de propre en proche le tissu de la cornée. Habituellement le développement de ces vaisseaux précède la résolution de la maladie. Les autres symptômes caractéristiques d'une kératite sont généralement peu accentués. Cette affection a donc une marche très-lente. Hutchinson en a fait une kératite syphilitique héréditaire. Cette idée est considérée par Panas comme inexacte; aussi s'attache-t-il à la réfuter, ainsi qu'il l'avait fait antérieurement (voir ***Bulletin de la Société de chirurgie***, **1871**). Pour lui la kératite en question naît sous l'influence du

tempérament lymphatique, et le traitement vient à l'appui de cette opinion. Tandis que l'iodure de potassium et les antiscrofuleux ont une réelle efficacité dans le traitement de cette kératite, le mercure employé seul est plutôt nuisible qu'utile, de l'aveu même d'Hutchinson. Les autres moyens de traitement consistent en instillations d'atropine et en applications de compresses chaudes sur l'œil. — Pour certains cas rebelles, la paracentèse de la chambre antérieure et l'iridectomie pourront rendre des services. Enfin nous devons mentionner un cas très-curieux, dans lequel une double strabotomie pratiquée en vue de remédier à un strabisme convergent eut pour effet d'éclaircir les deux cornées; au point que la malade, qui était amblyope au point de ne pouvoir se conduire, parvint à lire et sortit guério de l'hôpital.

Nous ne ferons que mentionner la quinzième leçon, dans laquelle il traite des kératites suppuratives, parmi lesquelles il faut ranger la kératite septique dont la connaissance est due aux travaux récents de Leber, Eberth et Stromeyer. Selon que la kératite suppurative est sthénique ou asthénique, il faudra employer le traitement antiphlogistique ou le traitement tonique. C'est dans la variété asthénique que l'emploi des compresses d'eau chaude rend le plus de services. Dans la dernière leçon l'auteur traite la descemetite ou aqua-capsulite. Il fait voir le rapport que cette affection a avec la blennorrhagie, et il croit que l'inflammation des synoviales articulaires et de la membrane de Descemet sont dues à un retentissement morbide de la diathèse urique dans ces parties. La blennorrhagie, en exerçant chez un individu rhumatisant un retentissement sur les reins, aurait pour effet de diminuer l'excrétion de l'urée et de l'acide urique. L'excès de ces produits accumulés dans le sang suffirait à provoquer l'inflammation des synoviales articulaires, de l'iris et de la cornée. Nous arrêtons ici l'analyse déjà longue d'un livre qui, par la richesse des matériaux qui s'y trouvent, par la concision et la clarté du style, sera consulté avec fruit non-seulement par les élèves, mais par tout médecin voulant connaître à fond le traitement des ophthalmies en général et des kératites en particulier.

D[r] Bacchi.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 1[er], 8 et 15 mai 1875; présidence de M. le vice-amiral Paris.

Recherche chimico-légale de l'arsenic, par M. Brame. — Voici les conclusions de ce travail : « 1° L'expert chimiste devrait employer, dans la recherche chimico-légale de l'arsenic et de l'antimoine, un flacon de grande capacité, rempli au quart ou au tiers, et introduire alternativement l'eau acidulée et la liqueur suspecte par petites quantités; de cette manière on recueillera toujours dans le tube condensateur, en totalité ou en majeure partie, l'arsenic ou l'antimoine, si minime qu'en soit la quantité dans la liqueur d'essai;

2° La méthode des réactifs par la voie aériforme est très-supérieure à toute autre méthode dans la recherche de l'arsenic et de l'antimoine. On peut aussi produire à volonté cinq ou six réactions, et même davantage, sur une très-petite quantité de substance sans la déplacer. On peut également volatiliser la substance, l'oxyder et la faire cristalliser, en tout ou en partie, dans le tube condensateur fermé aux deux extrémités, et le rouvrir ensuite pour le soumettre, comme l'arsenic et l'antimoine, en états liquides eux-mêmes, à l'action des réactifs appropriés de la voie aériforme;

3° Cette méthode pourra être employée avec autant d'avantages pour caractériser l'arsenic et l'antimoine qui se trouveraient mélangés, après les avoir séparés par une chaleur convenable, soit à l'*état métallique*, soit après une *oxydation préalable* ;

4° L'arsenic entraînant fréquemment, dans le tube condensateur de l'appareil de Marsh, des corps à l'état utriculaire, et l'acide arsénieux pouvant y présenter le dimorphisme ou d'autres anomalies de cristallisation, les experts devront tenir compte de ces particularités. »

Sur la respiration pulmonaire chez les grands mammifères domestiques. — Note de M. A. SANSON. — Les propositions suivantes résument les faits qui ressortent des expériences de l'auteur :

a. Le genre des animaux influe sur l'intensité de leur fonction respiratoire. A poids égal, les équidés éliminent plus d'acide carbonique que les bovidés dans l'unité de temps.

b. La race ou l'espèce influe également sur cette intensité, et, dans une seule et même race, il en est encore ainsi pour les variétés de moindre poids qui ont la respiration la plus active. Ces races et ces variétés sont celles qui ont relativement la plus grande surface pulmonaire. Chez les équidés, les chevaux de la variété anglaise du type asiatique et leurs dérivés sont connus comme ayant la cavité thoracique plus spacieuse, et par conséquent les poumons plus volumineux, à poids égal du corps, que ceux des chevaux des autres races de l'Europe occidentale. Leur poumon contient aussi plus d'alvéoles par unité de volume. Chez les bovidés, les recherches de Beaudement, confirmées par tous les observateurs qui se sont occupés de la question, ont établi que le poids des poumons diminue relativement au poids du corps, et que la capacité de la cavité thoracique diminue à mesure que les races ou les variétés deviennent plus précoces ou que l'achèvement de leur squelette est moins tardif. Les sujets de ces races et de ces variétés, dont les poumons ont moins de surface déployée, éliminent dans l'unité de temps une moindre quantité d'acide carbonique relativement au poids de leur corps.

c. Le sexe influe sur la respiration. Le mâle l'a plus active que la femelle. Il est connu aussi qu'il a, relativement au poids du corps, une capacité pulmonaire plus grande.

d. L'âge a également une influence marquée sur l'élimination de l'acide carbonique par les poumons. Les jeunes en éliminent proportionnellement plus que les vieux. A cet égard il est connu, de même, que l'âge influe sur le rhythme respiratoire et que le nombre des mouvements du thorax, dans l'unité de temps, diminue à mesure que l'âge avance. Conséquemment, le mélange gazeux contenu dans les poumons se renouvelle plus fréquemment chez les sujets jeunes que chez les vieux.

e. L'alimentation, soit par sa quantité, soit par sa qualité, du moment qu'elle est suffisante pour entretenir l'état de santé ou état individuel normal, n'a aucune influence sur la fonction respiratoire, contrairement à ce qui a été avancé d'après des résultats d'expériences mal interprétés.

f. Le travail musculaire, qui augmente la production de l'acide carbonique et sa quantité proportionnelle dans le sang, n'influe en rien non plus sur la respiration après qu'il s'est accompli. Les animaux travailleurs ou utilisés comme moteurs animés n'éliminent au repos pas plus d'acide carbonique dans l'unité de temps que ceux du même genre qui n'ont produit aucun travail extérieur.

g. La température atmosphérique a une influence très-nette sur l'élimination de l'acide carbonique. La quantité éliminée est directement proportionnelle à son élévation. Contrairement à ce qui a été avancé, la respiration élimine d'autant moins d'acide carbonique que la température est plus basse.

h. La pression barométrique agit en sens inverse de la température. L'élimination diminue à mesure que la pression s'élève ; elle augmente, au contraire, à mesure que celle-ci s'abaisse.

i. L'influence de la température et celle de la pression agissant en sens inverse se compensent. Une température élevée et une basse pression

équivalent à une température basse et une pression élevée, pourvu que les facteurs varient dans les mêmes limites. L'élévation de la température et l'abaissement de la pression additionnent leurs effets et portent l'élimination de l'acide carbonique par les poumons à son maximum d'intensité.

De ces propositions il résulte que, selon les lois physiques connues, la diffusion, dans le milieu atmosphérique, de l'acide carbonique produit par l'économie animale, s'opère en fonction des surfaces pulmonaires, de la composition et de la tension du mélange gazeux extérieur. Aucune autre circonstance ou condition déterminante n'intervient dans le phénomène, qui est ainsi purement et simplement physique et mécanique, et peut être par conséquent reproduit ou imité avec un dispositif composé de matériaux inertes, c'est-à-dire avec un appareil ou un schéma de laboratoire.

Les variations de ces fonctions, telles qu'elles se produisent dans les conditions naturelles, suffisent pour mettre le fait en évidence. Il suffit, en effet, notamment de quelques millimètres de pression barométrique en moins et de quelques degrés thermométriques en plus pour élever presque au double l'élimination de l'acide carbonique dans l'unité de temps.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 2 et 9 mai 1876; présidence de M. CHATIN.

Sur la nature de la colique sèche (suite de la discussion, voir p. 422). — M. LEROY DE MÉRICOURT, après un exposé historique des différentes phases de cette question d'hygiène navale et de pathologie exotique, déclare, à part quelques remarques critiques portant sur la première proposition, se ranger entièrement à l'avis de M. Bérenger-Féraud, en ce qui concerne l'explication d'une plus grande fréquence des accidents saturnins chez les créoles, les mulâtres et les nègres dans nos colonies depuis que l'emploi des machines à vapeur est devenu plus fréquent à terre, comme sur mer.

A M. Hardy, il répond qu'il n'y a pas lieu d'admettre dans le cadre nosologique, en dehors des manifestations variées et successives de l'intoxication saturnine, une maladie endémique des pays chauds, donnant lieu aux mêmes symptômes, se succédant de la même manière, qui reconnaîtraient pour cause une intoxication miasmatique, tellurique ou autre. La colique endémique des pays chauds n'existe pas. Il n'existe pas non plus de colique déterminée uniquement par l'intoxication palustre.

M. Leroy de Méricourt donne lecture d'un passage du livre de M. Fonssagrives, dans lequel il rappelle qu'après avoir longtemps douté de l'influence attribuée au plomb, il a été complétement convaincu par la démonstration de M. Lefèvre, et a fini par accueillir avec joie les réformes qui en ont été la conséquence et la sanction.

M. BRIQUET dit que la colique de plomb ne siége pas dans les intestins, mais bien dans les muscles abdominaux superficiels; c'est, suivant lui, une myosalgie et non une colique. Il suffit, pour s'en convaincre, d'exercer une légère pression sur les parties douloureuses. Une autre preuve que c'est bien dans les muscles qu'est le siége de ces douleurs, ce sont les bons effets de la galvanisation, sous l'influence de laquelle elles disparaissent complétement.

M. RUFZ DE LAVIZON. Après la lecture des travaux des médecins de la marine, il est impossible de ne pas admettre que le plomb joue un grand rôle dans la production des coliques observées à bord des navires. Mais on paraît laisser tout à fait de côté les coliques sèches observées à terre dans les pays chauds! Il y aurait, suivant lui, deux statistiques à mettre en présence : l'une relative aux coliques de plomb observées à bord; l'autre, aux coliques sèches observées à terre dans les pays chauds. Il est impossible de rayer de la nomenclature médicale la colique sèche.

M. Rufz de Lavizon ajoute qu'on va peut-être un peu loin dans les ac-

cusations formulées contre le plomb ; à en croire ses accusateurs, les boîtes de conserves, les conduites d'eau devraient alors devenir autant de sources de coliques de plomb, et nous devrions être tous empoisonnés plus ou moins. Il y a là, suivant M. Rufz de Lavizon, une exagération contre laquelle il faut se tenir en garde.

Des causes de la pierre. — M. Debout donne lecture d'un mémoire sur les causes de la pierre.

« Un gravier formé dans le rein peut se comporter de diverses manières :

« 1° Il passe du rein dans la vessie en déterminant des douleurs plus ou moins vives et le plus souvent une colique néphrétique, qui, suivant la nature de la concrétion, présente les variétés suivantes :

« Les graviers d'acide urique donnent lieu à des douleurs souvent atroces, que le malade peut difficilement localiser ; il en est de même de la gravelle oxalique, mais dans ce cas l'hématurie est la règle, alors qu'elle est l'exception dans la première. La durée de la colique est en général de quelques heures. Au contraire, les graviers rénaux phosphatiques donnent lieu à des crises qui durent souvent plusieurs jours ; la douleur, quoique vive, est plus supportable, elle est localisée au rein, et il n'y a pas d'hématuries.

« 2° Le gravier se développe dans le rein, et dans les cas les plus favorables ne donne lieu à aucun symptôme appréciable pendant la vie ; mais, le plus souvent, il détermine un travail éliminatoire qui pourra amener la sortie du gravier : — A. Directement à l'intérieur, au niveau de la région lombaire. — B. Dans l'abdomen, et alors la rupture de la tumeur sera suivie d'une mort rapide. — C. Enfin on a vu cette tumeur formée par le rein distendu contracter des adhérences avec une anse intestinale, et la sortie du calcul s'effectuer par l'intestin.

« 3° Le gravier rénal s'engage dans l'uretère, y séjourne et détermine des accidents toujours graves ; ceux-ci varient suivant que le conduit est plus ou moins complétement obstrué. Nous signalerons seulement un cas où l'inflammation déterminée par la présence des concrétions en avait déterminé l'issue par l'aine ou plutôt du flanc et cela à deux reprises, à quatre années d'intervalle, chez un même malade.

« 4° Enfin le gravier arrivé dans la vessie devient, s'il n'est pas expulsé, le noyau d'un calcul dont l'accroissement se fait de deux manières différentes, soit par l'adjonction d'éléments de même nature, soit par le dépôt autour du gravier d'autres sels de l'urine et en particulier de phosphates.

« Ce dépôt aura lieu lorsqu'il existera une inflammation catarrhale de la vessie, accompagnée de fermentation ammoniacale de l'urine, ou encore lorsque l'abus des alcalins énergiques (bicarbonate de soude, carbonate de lithine, eau de Vals, de Vichy), en rendant l'urine alcaline, permettra aux phosphates normaux de l'urine de se précipiter.

« Sans nous arrêter longtemps aux calculs de l'urèthre, du périnée et de la prostate, aux corps étrangers servant de noyau à un calcul, aux pierres secondaires et aux placages phosphatiques, qui se rattachent moins directement à notre sujet, nous dirons un mot seulement de cette bizarre terminaison des calculs qui a nom la fragmention spontanée des pierres dans la vessie ; elle se fait de deux manières, par éclatement et par exfoliation. Les interprétations données par les divers auteurs, les faits que nous avons observés ne nous mettent pas en mesure de fournir l'explication de ce phénomène, aujourd'hui encore aussi impossible que celle du mode de production de la gravelle pileuse, dont nos observations ne nous permettent pas de nier l'existence. »

Élections. — M. Roux (de Toulon) est nommé membre associé national.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 12 mai 1876; présidence de M. LABOULBÈNE.

Tuberculose miliaire de la gorge. — M. ISAMBERT présente une petite fille de quatre ans et demi, atteinte de cette lésion curieuse qu'il a étudiée depuis plusieurs années avec MM. Bucquoy, Féréol, Martineau, etc., sous le nom de tuberculose miliaire de la gorge. Les lésions, chez cette petite malade, sont tout à fait typiques et couvrent toute l'arcade de l'isthme du gosier. Elles sont caractérisées par la présence de granulations grises, tuberculeuses, semblables à des grains de semoule, et entourées d'une zone inflammatoire d'un rose vif, mais très-restreinte. L'épiglotte est également infiltrée et volumineuse, et il est probable que le larynx est déjà atteint profondément, bien que l'examen laryngoscopique n'ait pas encore été complet. L'état des poumons est masqué par des ronchus sonores, très-abondants, et par des bruits transmis du larynx. C'est la première fois que cette lésion est observée chez une enfant si jeune. On sait que la tuberculose miliaire aiguë du poumon en est la terminaison ordinaire.

Comme point de comparaison, M. Isambert présente, pour la seconde fois, une femme adulte atteinte de la même maladie, et qu'il a déjà présentée à la Société, il y a quatre ou cinq mois. Depuis cette époque, la luette est tombée spontanément, et depuis cette chute le voile du palais n'étant plus tiraillé est entré dans une phase de réparation. Les granulations grises se sont énucléées en grande partie; les surfaces restantes présentent une grande analogie avec les ulcérations tuberculeuses de la langue. Malheureusement la maladie marche du côté du larynx et des poumons.

De la trachéotomie à Genève. — M. CADET DE GASSICOURT, au nom d'une commission composée de MM. Archambault, Blachez et Cadet de Gassicourt, lit un rapport sur un mémoire de M. Revilliod (de Genève), relatif au croup et à la trachéotomie. Sur quatre-vingt-sept trachéotomies, M. Revilliod a obtenu trente-huit guérisons; c'est là une proportion de guérisons bien supérieure à celle qu'on observe dans nos hôpitaux, qui est à peine de 30 pour 100. M. le rapporteur cherche à expliquer les raisons de cette grande différence.

M. Revilliod opère par le procédé conseillé par M. Archambault, qui est intermédiaire entre le procédé de M. Saint-Germain qui ouvre la trachée comme un abcès et le procédé lent conseillé par Trousseau. — Il opère à une période peu avancée de la maladie, quel que soit l'âge du sujet, et il cite trois guérisons chez des enfants au-dessous de deux ans. Enfin les malades frappés paraissent avoir une constitution beaucoup plus robuste que celle des enfants qui se présentent dans les hôpitaux de Paris.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 3 et 10 mai 1876; présidence de M. HOUEL.

De la ligature élastique dans l'hydrorachis. — M. PÉRIER lit un rapport sur deux observations adressées par M. Mouchet (de Sens).

Dans le premier cas, la tumeur siégeait au niveau des vertèbres sacrées; elle offrait le volume du poing et descendait jusqu'au niveau du creux poplité. Le jour même de la naissance, une ponction faite avec un fin trocart donna issue à un demi-verre de liquide légèrement citrin; mais le lendemain, la poche s'étant remplie de nouveau, le chirurgin pratiqua la ligature élastique au moyen d'un anneau de caoutchouc. A partir de ce

moment, la tumeur présenta un aspect livide, et il s'y montra un commencement de sphacèle. Le quatrième jour, le fil, ayant glissé, fut remplacé par quatre points de suture élastique entrelacée, et au sixième jour, il ne restait plus qu'une plaie superficielle qui fut pansée avec du vin aromatique et qui guérit complétement au bout de trois semaines.

La deuxième observation a trait à un enfant du sexe féminin, né à terme et qui présentait à la région lombaire, sur la ligne médiane, une tumeur facilement réductible par la pression et dont la base mesurait 10 centimètres de longueur sur 6 de largeur. La ligature élastique fut pratiquée immédiatement; au bout de vingt-quatre heures, la tumeur était affaissée et les fils tombaient le sixième jour. Malheureusement l'enfant, qui était élevé au biberon, était pris de diarrhée quelque temps après, et succombait sans avoir présenté ni convulsions, ni phénomènes de paralysie.

M. le rapporteur rappelle que dans des cas semblables quelques tentatives, par la ligature élastique, ont déjà été faites en France par MM. Nicaise, Larojeune et Polaillon, et à l'étranger par MM. Ball et Atkinson; mais la guérison n'a guère été obtenue que dans les cas où les tumeurs avaient pour siége les régions cervicale ou dorsale supérieures. Un moyen de traitement qui paraît avoir donné des résultats plus favorables que la ligature élastique consiste en injections iodées; il est employé par un chirurgien anglais, M. Morton. La solution se compose de 27 pour 100 d'iode, 3 pour 100 d'iodure de potassium et 100 de glycérine; la glycérine est destinée à rendre l'iode moins diffusible et à localiser son action.

M. Blot fait observer que ces sortes de tumeurs guérissent souvent spontanément, l'intervention chirurgicale n'est justifiée que lorsqu'il n'y a plus rien à attendre de la nature.

C'est également l'avis de M. Polaillon ; on ne doit opérer, selon ce chirurgien, que dans les cas où la tumeur n'a pas une enveloppe suffisamment résistante et qu'elle court le risque d'être excoriée par les vêtements. La ligature élastique doit être laissée de côté à cause des dangers qu'elle présente au sujet de la section du tissu nerveux; quant aux injections iodées, elles peuvent être utiles, mais seulement dans les cas où la communication de la tumeur avec le rachis est très-limitée et où il est possible de s'opposer à la pénétration du liquide dans cette cavité.

MM. Houel et Lanney sont également partisans de la temporisation. Ce dernier rapporte un fait d'hydrorachis qu'il a observé à l'hôpital Cochin, chez un jeune homme de vingt-sept ans, et qui n'avait jamais donné lieu à aucun accident.

De la paracentèse irido-choroïdienne dans le glaucôme aigu. — M. Lefort passe en revue les différentes théories au moyen desquelles on a cherché à expliquer la production du glaucôme contre lequel le traitement employé depuis les travaux de de Græfe a été presque exclusivement l'iridectomie. Il y a dix ans déjà, il pensait que cette affection était due à l'accumulation d'un liquide séreux entre la choroïde et la sclérotique, liquide refoulant la papille en arrière et le cristallin en avant; c'était là une théorie hypothétique alors, mais que deux observations sont venues confirmer depuis.

En 1872, il publiait une observation ayant trait à un jeune homme de vingt-six ans qui fut guéri au moyen d'une seule ponction pratiquée à l'aide d'une large aiguille à cataracte.

La seconde observation est beaucoup plus récente; il s'agit d'une jeune femme qu'il eut à soigner au mois de janvier de cette année; elle avait eu, onze mois auparavant, une légère tension dans l'œil droit accompagnée d'une douleur assez vive, mais ces accidents avaient disparu après trois jours de durée. Ils s'étaient bien reproduits depuis, mais la malade n'y avait pas pris garde; ce n'est que dans ces derniers temps, après avoir éprouvé de la photophobie, du larmoiement et avoir vu se produire une saillie considérable du globe oculaire droit avec accompagnement de douleurs, qu'elle se décida à demander conseil. Après quatre jours d'un traitement dérivatif qui resta sans effet, M. Le Fort fit la ponction de la sclérotique à 6 ou 7 millimètres en arrière de la cornée entre les muscles droits externe et supérieur et donna issue à quelques gouttes de liquide ; le sou-

lagement fut instantané et la guérison était complète au bout de quelques jours.

M. Giraud-Teulon exprime le regret que l'ophthalmoscope ne soit pas venu dans les deux observations de M. Le Fort éclairer le diagnostic. Dans le glaucôme la papille est réellement excavée, et cette excavation n'est pas seulement une apparence donnée par l'injection séreuse entre la choroïde et la sclérotique. Quant à la pouction, elle a été employée déjà autrefois pour combattre les accidents de tension exagérée de l'œil, mais elle ne présente aucun avantage sur l'iridectomie.

Synchysis étincelant.— M. Poucet (de Cluuy) donne lecture d'un travail sur ce sujet.

Cancer du testicule chez un enfant de dix mois. — M. Depaul signale un fait assez rare et présente une pièce anatomique à l'appui. Il s'agit d'un cancer du testicule développé chez un jeune nourrisson. Cet enfant lui fut présenté il y a deux mois ; il portait alors sur le testicule gauche une tumeur ayant la forme cylindrique et mesurant 3 centimètres et demi de hauteur sur 2 de largeur. A la palpation on sentait un corps solide, non douloureux et à la partie supérieure duquel on suivait le cordon. La peau n'était point adhérente à la tumeur et il n'y avait point de liquide dans la tunique vaginale. M. Depaul hésitait sur le diagnostic. Au bout de quelque temps la peau de l'extrémité inférieure du scrotum s'ulcéra et livra passage à l'extrémité inférieure de la tumeur. L'extraction fut alors pratiquée au moyen d'une incision verticale et de l'écraseur. Au bout de quinze jours la cicatrisation était complète. L'état général de l'enfant ne paraît pas avoir été atteint. L'examen histologique de la tumeur a révélé l'existence d'un tissu sarcomateux et même carcinomateux dans une certaine étendue.

Présentation d'instruments. — M. Trélat dépose sur le bureau, au nom de M. Landolt, une note qui accompagne un nouvel ophthalmoscope. Cet instrument, qui offre un très-petit volume, comprend toute la série des lentilles ophthalmoscopiques par la superposition, au moyen de deux disques tournant l'un sur l'autre, de vingt verres convexes et de trois verres concaves.

Elections.—MM. Larrey, Verneuil, Le Fort, Trélat et Guyon sont nommés membres d'une commission chargée d'organiser pendant l'exposition projetée de 1878 un congrès, où il sera traité exclusivement des questions chirurgicales.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 10 mai 1876 ; présidence de M. Oulmont.

Sur le bromhydrate de cicutine. — M. Mourrut lit une note sur ce sujet. (Voir plus haut.)

Sur le traitement du tænia. — M. Constantin Paul communique un fait de tænia inermis qui, après avoir résisté à l'administration des parties extérieures de la graine de citrouille et de la péporésine qui en a été extraite par M. Heckel, ainsi qu'à l'administration de la racine de grenadier, a été expulsé en employant la méthode du docteur Crequy, qui consiste dans l'administration de seize capsules contenant 50 centigrammes d'extrait éthéré de rhizome frais de fougère mâle, et 10 centigrammes de calomel. (Voir t. LXXXVII, p. 142.)

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Bons effets de la strychnine dans le traitement de l'ascite. — Dans l'*American Journal of the Medical Sciences*, avril 1876, le docteur Mac Kie, de Woodlawn (Caroline du Sud), rapporte qu'il soigna, il y a quelques années, une négresse atteinte d'ascite, et qui avait été déjà ponctionnée plusieurs fois par un autre médecin. Les ponctions furent continuées régulièrement toutes les deux semaines jusqu'au moment où la malade devint hémiplégique. On prescrivit pour cette dernière affection de la strychnine à doses croissantes, et on la continua jusqu'à ce que la malade recouvrît l'usage de ses jambes, les bras demeurant sans force. Sous ce traitement l'hydropisie disparut et ne revint jamais, bien que la malade vécût encore plusieurs années.

En février 1872, M. Mac Kie fut appelé auprès d'une mulâtresse chez laquelle une hydropisie abdominale s'était soudainement développée et à un degré tel, qu'il fallut bientôt avoir recours au trocart. Après avoir pratiqué ce mode de traitement tous les douze à quatorze jours pendant six mois, on donna alors la strychnine régulièrement trois fois par jour pendant sept semaines, et alors on put se contenter de faire la ponction une fois par mois. On abandonna alors l'usage de la strychnine, et on eut recours à la ponction tous les mois. Il y a deux ans, la malade reprit ce médicament à doses croissantes comme auparavant, et le continua, jusqu'à tolérance, environ douze semaines. En février 1876, onze mois s'étaient écoulés depuis la dernière ponction, et elle déclara que son ventre n'était pas plus volumineux qu'avant sa maladie. On ne peut décider, dit l'auteur, s'il y a seulement coïncidence entre l'administration de la strychnine et la disparition de l'ascite, ou si cette dernière circonstance est la conséquence de la première; mais il mentione les faits pour décider d'autres médecins à essayer ce mode de traitement. (*The London Medical Record*, 15 mai 1876, p. 224.)

Du traitement des rétrécissements de l'urèthre par les bougies de Beniqué. — Le docteur Le Garrec a puisé les observations qui servent de base à son travail dans le service du docteur Tillaux, qui emploie, contre les rétrécissements de l'urèthre, la blennorrhagie chronique et la contracture douloureuse du col de la vessie, la dilatation temporaire lente ou extemporanée progressive par les sondes en étain régulièrement graduées dites *sondes de Beniqué*. Voici les règles qui doivent présider, d'après M. Le Garrec, à cet emploi :

On ne fera jamais usage que des bougies graduées à un sixième de millimètre de diamètre.

Celles-ci ne doivent être employées qu'à partir du diamètre de 4 millimètres au moins : au-dessous de ce chiffre, on aura toujours recours aux bougies en gomme.

Les bougies d'étain sont les instruments nécessaires de la dilatation extemporanée progressive.

Si le rétrécissement, étant léger, permet l'introduction facile d'une bougie n° 14 ou 15 de la filière Charrière, on peut, séance tenante, employer les bougies de Beniqué.

Au contraire, lorsque le rétrécissement est étroit, la dilatation temporaire comprend deux phases : 1° dilatation avec les bougies en gomme jusqu'à 4 ou 5 millimètres; 2° dilatation avec les bougies d'étain.

On n'observe pas plus d'accidents avec les bougies d'étain qu'avec les bougies en gomme, avec la dilatation temporaire rapide qu'avec la dilatation temporaire lente, lors-

qu'on procède avec *prudence* et *douceur*.

La dilatation avec les bougies d'étain est généralement préférable à la dilatation avec les bougies en gomme, après l'uréthrotomie et la divulsion.

Les indications et contre-indications de la dilatation extemporanée progressive sont les mêmes que celles de la dilatation temporaire en général : elles sont inverses de celles de l'uréthrotomie. (*Thèse de Paris*, 30 mars 1876.)

Bons effets de la santonine dans le traitement de la fièvre intermittente. — Le docteur G. B. Franchini a employé cette substance pendant plusieurs années. De 1870 à 1873 il a traité ainsi quatre - vingt - dix malades, dont trente guérirent parfaitement.

A partir de cinq ans et au-dessus, il prescrit la santonine par doses fractionnées de 5 centigrammes, de façon à en donner de 20 à 50 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Au-dessous de cinq ans, il la donne de 5 à 20 centigrammes suivant l'âge, et toujours à doses fractionnées.

Il administre ce médicament en poudre ou en pilules, joint à la magnésie calcinée ou à l'extrait de rhubarbe ou de valériane. (*Gazette med. Italiana provincie Venete*, 15 avril 1876, p. 129.)

Bons effets du skating sur la santé générale. — Le docteur S. H. Aveling rapporte qu'il donnait depuis plusieurs années des soins à une jeune dame souffrant d'une menstruation rare et irrégulière, de taches sur la face, de constipation, de langueur, et de débilité générale. Depuis environ six mois son père a installé un *rink* privé derrière sa maison, et depuis ce temps elle y a glissé chaque jour, se fatiguant quelquefois extrêmement. Le résultat a été des plus satisfaisants. Toutes les fonctions sont devenues normales, les taches ont disparu, et la santé générale et les forces sont devenues parfaites.

Le docteur Aveling a observé les effets du skating sur lui-même aussi bien que sur les femmes, et il pense que cet exercice n'est pas seulement compatible avec la santé des femmes, mais on ne peut mieux approprié à leur organisation particulière. Les mouvements sont aisés et coulants, il n'y a pas besoin d'efforts brusques, et, excepté en cas d'accident, le corps n'est pas sujet à des secousses ni à des chocs par trop rudes. (*Med. Times and Gazette*, 12 fév. 1876.)

Du traitement des épanchements pleurétiques par le jaborandi. — M. le docteur Lequesne (de la Besace) a employé avec succès dans un cas d'épanchement pleurétique le jaborandi, comme l'avaient déjà fait MM. Gubler, Crequy, Vulpian, etc. Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, ayant un épanchement considérable du côté gauche datant du 8 décembre. Après avoir employé les révulsifs et les diurétiques sans succès, on administra deux fois 4 grammes de jaborandi, et en sept jours l'épanchement était complétement disparu. (*Année méd.* du 4 avril 1876, p. 53.)

M. Grasset rend compte aussi des résultats obtenus dans le service du professeur Combal (à Montpellier), par le jaborandi, dans le traitement des épanchements pleurétiques. Dans cinq cas où il s'agissait de pleurésie sans réaction fébrile bien accusée, il y a eu amélioration très-rapide sous l'influence du jaborandi, aussi M. Grasset admet-il les conclusions suivantes :

I. Le jaborandi est très-utile dans le traitement des épanchements pleurétiques, quelle que soit leur ancienneté et quelle que soit l'abondance du liquide.

II. Le jaborandi fait le plus souvent disparaître très-rapidement le liquide contenu dans la plèvre et fait apparaître des frottements pleuraux.

III. Les effets du jaborandi sont de courte durée ; on voit souvent le liquide se reformer avec une grande rapidité. Il faut alors insister sur le jaborandi, et on parvient le plus souvent à faire définitivement disparaître le liquide.

IV. Mais une fois le liquide disparu et les frottements pleuraux apparus, le jaborandi devient absolument inefficace. Il faut le plus souvent alors, pour achever la guérison, avoir recours au traitement tonique et quelquefois aux applications locales de teinture d'iode, par exemple. (*Journal de thérapeutique*, 10 avril 1876, p. 245.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Méthode de Lister dans le traitement des plaies. (Dr Weinlechner, *Wiener medizinische Wochenschrift*, avril, 1, 8, 15, 22.)

De l'emploi de l'acide phénique dans les opérations chez les diabétiques. (Fischer, *Deutsche medic. Wochens.*, 8 avril.)

Examen critique des méthodes de traiter les plaies. (Weichelbaum, *Allgemeine Wiener Medizin-Zeitung*, 14, 21, 28 mars, et 4, 11 avril 1876.)

Ligatures des grosses artères à l'hôpital de Pennsylvanie, de 1868 à 1876. (Thomas-G. Morton, *Amer. Jour. of Med. Sciences*, avril 1876.)

Modification de la marche de l'anesthésie, par l'injection hypodermique de narcotiques. (Dr Reeve, id.)

Recherches sur l'action locale des soi-disant astringents sur les vaisseaux. (Rossnstern, *Verhandlungen der physikal-medicin. Gesellschaft in Wurzburg*, Band IX, 1875.)

De l'influence des voyages maritimes sur le corps humain et de leur valeur dans le traitemsnt de la consomption. (Faber, *the Practitioner*, avril et mai 1876.)

Emploi des vésicatoires dans le traitement des ulcères chroniques. (Dr Turney, *Practitioner*, mai 1876, p. 367.)

De l'action antiseptique de l'acide salicylique et de certains de ses composés, comparés avec d'autrss antiseptiques, considérés au point de vue thérapeutique. (Lapper, *Dublin Journal of Med. Sciences*, avril 1876.)

Effets nutritifs des feuilles d'erythroxylon coca. (Sir Robert Christisen, *the British Medical Journal*, 29 avril 1876, p. 527. — Id. Dr Dowdeswell, *the Lancet*, 29 avril 1876, p. 631.)

Expériences sur la transfusion du sang, par les docteurs Manzini et Rodolfi. (*Gazetta medica Italiana Lombardia*, 8 et 15 avril 1876, p. 141 et 151.)

Des moyens de prévenir la pyohémie dans la pratique hospitalière. (W. Cadgs, *Brit. Med. Jour.*, 22 avril 1876, p. 502.)

Bons effets des injections d'iodo-glycérine dans le traitement du spina bifida. (Mark Long, *Brit. Med. Jour.*, 22 avril 1876, p. 504.)

Anévrysme double de la fémorale guéri rapidement par la compression. — Récidive d'un des anévrysmes. — Ligature de l'iliaque externe. — Insuccès. — Ouverture du sac. Guérison. (Th. Annandale, *the Lancet*, 22 avril 1876, p. 597.)

Ovariotomie (Série de cinq cas d') suivie de guérison. (Bryant, *the Lancet*, 22 avril 1876, p. 600.)

VARIÉTÉS

Note sur les travaux thérapeutiques de M. Béhier. — En prenant possession de la chaire de clinique que Grisolle avait si brillamment occupée, Béhier a tenu à rendre hommage à la mémoire de son éminent prédécesseur, en appréciant avec autant d'élévation que de vérité le rôle si distingué qu'il avait rempli dans cet enseignement illustré par nos collègues, nos amis, Chomel et Trousseau ! Nous sommes convaincu qu'à l'égard de Béhier ce devoir sera rempli beaucoup mieux que nous ne pourrions le faire, mais nous tenons dès aujourd'hui à indiquer rapidement dans ce journal les sillons heureux et ineffaçables que Béhier a tracés dans le domaine de la thérapeutique.

Nous nous bornerons à quatre sujets se rapportant à l'emploi des ventouses sèches, des alcooliques, des injections hypodermiques et des bains frais.

Béhier a fait connaître les résultats heureux des ventouses sèches, appliquées en grand nombre sur la poitrine, les membres inférieurs, renouvelées matin et soir pour combattre les accidents thoraciques de la fièvre typhoïde, les congestions pulmonaires et cérébrales, les recrudescences de l'emphysème. Les nombreux succès de cette puissante méthode de traitement ne sont peut-être pas appréciés aujourd'hui comme ils devraient l'être.

Personne n'a su mieux que lui poser les indications et diriger l'emploi des alcooliques dans les maladies aiguës. Il a montré quels services on pouvait en attendre dans certaines formes de pneumonie. En graduant, en espaçant convenablement les doses, il a vu le délire cesser, le pouls tomber, la respiration s'abaisser, il est surtout arrivé à prévenir ces collapsus redoutables qui se montrent si souvent et si fatalement dans les pneumonies des vieillards.

sC'est Béhier qui a introduit dans la pratique médicale française l'usage de injections sous-cutanées des médicaments actifs dont on use et dont on abuse tant. C'est à lui qu'il faut rapporter ce qui a été fait de précis et de véritablement clinique, sur cette méthode thérapeutique qui a pris une si grande importance.

Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains frais d'après la méthode de Brandt, était connu du monde médical français par de nombreuses et importantes publications. Mais il n'a pris droit de cité chez nous qu'après les études habilement dirigées à l'Hôtel-Dieu par le professeur Béhier et par les brillantes leçons consacrées à la vulgarisation de cette méthode nouvelle.

En étudiant séparément tous les travaux de Béhier on y trouverait encore un grand nombre de remarques utiles dont la thérapeutique s'est enrichie, mais ceux que nous venons de citer suffisent pour prouver la grandeur de la perte que la science médicale vient de faire.

Bouchardat.

Obsèques de M. Béhier. — Les obsèques de M. Béhier ont eu lieu au milieu d'un grand concours d'amis et d'élèves. M. le professeur Hardy, au nom de la Faculté, a prononcé le discours suivant :

« Je suis un des plus anciens amis du professeur Béhier. Nous avons commencé ensemble nos études médicales, nous avons poursuivi le même but, nous avons eu le même bonheur de l'atteindre, et au milieu des luttes et des rivalités inévitables à ceux qui suivent la même carrière, nous sommes restés amis dans une affection et une estime inaltérables ; aujourd'hui j'ai la douleur de perdre mon condisciple, mon collègue, mon ami dévoué, et j'ai considéré comme un devoir de réclamer l'honneur de lui adresser un

dernier hommage au nom de la Faculté de médecine de Paris, de cette chère Faculté qu'il aimait tant, à laquelle il était si fier d'appartenir, et dont il était un des membres les plus actifs et les plus brillants.

« Arriver à être professeur à l'Ecole de Paris avait toujours été son rêve : il venait à peine d'être nommé agrégé qu'il me confiait qu'il voulait absolument mourir avec la robe rouge sur son cercueil; en le voyant si malade il y a quelques jours, je me rappelais ce désir, téméraire alors, hélas! aujourd'hui exaucé, et, en même temps, je me souvenais des efforts, des travaux auxquels il avait été obligé de se livrer pour atteindre le but désiré, et je pensais que ceux qui envient notre position ne savent pas assez à quel prix et par quels sacrifices nous parvenons à l'obtenir. Béhier, en effet, était né dans une position modeste; fils d'un fonctionnaire peu rétribué, il venait de perdre son père et il se trouvait presque dénué de ressources pécuniaires lorsqu'il terminait ses études médicales scolaires; mais il avait l'amour de la science et l'ambition légitime d'arriver par son travail.

« Il se mit à l'œuvre, il se fit connaître par des publications de littérature médicale, parmi lesquelles j'aurais tort de ne pas citer le *Traité de pathologie interne*, qui nous est commun; il se distingua dans les concours de l'agrégation et du Bureau central, et bientôt nommé agrégé et médecin des hôpitaux, il commença à voir ouverte devant lui la brillante perspective des positions qu'il devait atteindre.

« Je manquerais de franchise si je disais que Béhier n'a pas trouvé pour l'aider dans sa carrière des amitiés puissantes : il avait su se faire aimer et apprécier par ses anciens chefs de service, particulièrement par Andral, et il avait trouvé dans le père d'un de ses anciens camarades de collége, dans M. Guizot, un puissant protecteur et plus tard un illustre ami, qui lui fut utile plus d'une fois, et qu'il paya d'ailleurs par un long et inaltérable dévouement; mais, dans les diverses circonstances où la protection put être supposée, le mérite réel de Béhier vint toujours légitimer la faveur dont il avait été l'objet, et on peut affirmer qu'il fut toujours à la hauteur et même au-dessus des positions ou des distinctions qu'il avait obtenues.

« J'ai déjà parlé du désir de Béhier de devenir professeur à la Faculté de Paris. En 1864, son ambition fut satisfaite, et alors s'ouvrit pour lui une nouvelle carrière dans laquelle devaient se développer toutes les qualités de son caractère ardent, passionné et infatigable. A dater de ce moment, il se voua surtout à l'enseignement, et devint bien vite un professeur éminent, égalant dans les chaires qu'ils avaient illustrées nos anciens maîtres les plus renommés. D'abord professeur de pathologie interne, puis, deux ans plus tard, professeur de clinique médicale, c'est surtout dans ce dernier enseignement qu'il se fit apprécier et qu'il occupa bien vite le premier rang. Son succès fut grand et légitime; mais, pour l'atteindre, pour le retenir, rien ne lui coûta; c'est avec une ardeur toujours nouvelle qu'il se tenait au courant de toutes les parties de la science; c'est par un travail incessant, et en passant une partie des nuits, qu'il préparait ses leçons de clinique, si appréciées des élèves et des médecins. Il faisait son cours avec bonheur, et il se trouvait suffisamment récompensé de ses fatigues en se voyant entouré d'un auditoire nombreux et sympathique. Le succès, en effet, ne lui a pas manqué : son enseignement était très-suivi; sa réputation attirait les élèves; sa parole pittoresque et imagée les captivait, et son expérience clinique les instruisait en les intéressant. Il mettait tant d'ardeur, tant de passion même dans la discussion d'une théorie médicale ou d'un fait clinique important, qu'il communiquait son enthousiasme à ses auditeurs.

« En professant la clinique, en établissant un laboratoire d'anatomie pathologique accessible à tous les élèves, Béhier a rendu de grands services à l'enseignement; il espérait en rendre de plus grands encore dans le nouvel Hôtel-Dieu, dont il avait surveillé l'installation avec amour, et où il espérait voir établir une institution clinique complète due à ses efforts et à son expérience. Hélas ! ce dernier désir n'aura pas été accompli, et, comme bien d'autres, il a échoué au port!

« Béhier était médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de méde-

eine, professeur à la Faculté de Paris, commandeur de la Légion d'honneur; il avait une belle et nombreuse clientèle; et on peut dire qu'il jouissait pleinement de cette brillante position légitimement acquise. Malheureusement son bonheur ne dura pas longtemps, sa santé s'altéra sous l'influence du travail énorme auquel est obligé de se livrer le médecin qui veut être à la fois un praticien et un professeur; il ne voulut pas prendre un repos nécessaire, et il vient de succomber à la peine. C'est une belle mort que celle qui résulte de l'excès du travail; c'est une mort enviable que je tiens à glorifier.

« Il y a quatre semaines, affaibli, mais non vaincu par la maladie, il faisait sa dernière leçon dans l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu; il avait retrouvé pour un moment sa verve et son entrain ordinaires, mais ce fut son dernier effort et son dernier bonheur; malgré son énergie, malgré son désir de continuer la lutte contre le mal qui l'envahissait, il dut s'arrêter, et, dimanche dernier, il rendait le dernier soupir... Je perds en lui un ami avec lequel j'ai passé ma vie et dont je garderai le souvenir jusqu'à la fin de mes jours; la Faculté a perdu une de ses gloires, et, tous nous perdons une des plus belles et plus originales illustrations de notre génération médicale actuelle. »

Après, M. Laboulbène a pris la parole en ces termes, au nom de l'Académie :

« L'Académie de médecine, au nom de laquelle je viens adresser un dernier adieu à M. Béhier, est bien cruellement frappée. Naguère, c'était M. Andral, le maître éminent, ravi presque subitement à notre affection respectueuse, aujourd'hui c'est un de ses meilleurs et de ses plus chers disciples, devenu maître à son tour, qui le suit de près dans la tombe, alors qu'il donnait à la science et à l'enseignement tout ce que promettait depuis longtemps un talent plein d'activité.

« M. Béhier a parcouru avec éclat la carrière des concours et franchi rapidement les degrés qui conduisent à la Faculté et à l'Académie. Toutes les ambitions étaient permises à son savoir de bon aloi et à son infatigable persévérance. Interne des hôpitaux en 1834, puis dix ans après agrégé et médecin du Bureau central dans la même année, il a été nommé professeur de la Faculté en 1864 et élu membre de l'Académie en 1866, dans la section d'anatomie pathologique.

« C'est avec une émotion profonde que je me rappelle devant ce cercueil l'époque où j'ai été l'interne de M. Béhier à l'hôpital de Bon-Secours. Je succédais à Paul Lorain, enlevé prématurément dans la plénitude de ses forces. Andral, Béhier, Lorain, chers maîtres et cher ami fidèle, quels regrets et quelle douleur votre mort est venue nous apporter!

« Parmi ses élèves, qui ne se souvient de M. Béhier dans ses premiers services d'hôpital, si vif, si alerte, si curieux des choses médicales, cherchant de nouveaux moyens d'investigation clinique, observant avec soin après la visite des malades les altérations anatomo-pathologiques qu'il avait pressenties?

« Aussi nous tenions à notre maître. Il avait publié déjà des recherches sur les tubercules du cerveau (1837). Une rare observation d'éruption stibiée dans l'œsophage, avec figures, avait été admise par M. Andral dans son édition des œuvres de Laennec; l'article *Maladie* du Dictionnaire des dictionnaires de médecine lui avait été confié. M. Béhier recueillait avec nous des faits de pleurésie et d'hydropéricarde avec ponction de ce dernier, non suivie d'accidents, et commençait ses études sur le souffle amphorique, sujet sur lequel il est revenu plus tard avec une sorte de prédilection.

« Je ne puis ici rappeler, même en abrégé, les divers travaux de M. Béhier sur une fissure congénitale du sternum, sur l'origine de la gangrène des membres dans la fièvre typhoïde, ni même ses lettres à Trousseau sur la fièvre puerpérale, lettres si remplies de verve, d'érudition et de fine critique.

« Mais on doit au collègue dont nous déplorons la perte deux ouvrages de grande importance qui lui assurent une place élevée parmi les auteurs

de notre époque : le *Traité de pathologie interne* fait en collaboration avec notre savant collègue M. Hardy, et la *Clinique médicale de la Pitié*.

« Le *Traité de pathologie interne* a eu cette rare bonne fortune d'être épuisé avant même son achèvement, de telle sorte que la réimpression des premiers volumes a eu lieu avant que le dernier ait paru. C'est qu'en effet les études de séméiologie et de pathologie générale, qui servent d'introduction à la partie spéciale, comprennent un exposé complet et sévèrement discuté de tous les travaux modernes.

« Sous le titre de *Conférences cliniques faites à l'hôpital de la Pitié en* 1861-1862 et parues en 1864, M. Béhier avait réuni de véritables monographies sur l'érysipèle et ses formes diverses, sur les rétrécissements de l'œsophage, sur la pneumonie, dont il recherche les caractères anatomiques et dont il retrace d'une manière saisissante les divers types cliniques. C'est là que M. Béhier a fait connaître les expériences qu'il avait faites sur l'emploi de l'alcool dans le traitement de la pneumonie.

« M. Béhier avait apporté à la rédaction de ses ouvrages un soin particulier, une grande fidélité des descriptions, suivies de déductions rigoureuses, appuyées sur des faits bien observés. En un mot les conférences de la Pitié faisaient pressentir le clinicien de l'Hôtel-Dieu.

« L'Académie eut la primeur de son travail sur les injections hypodermiques, et l'emploi de cette méthode de traitement s'est rapidement propagé. Les succès qu'elle a comptés dès le début n'ont fait que se confirmer par la suite, ainsi qu'il arrive pour les médications utiles.

« Une voix plus autorisée que la mienne vous a dit la grande valeur de M. Béhier comme professeur de pathologie interne et de clinique. Il était académicien actif et orateur écouté. Toujours ardent, aimant la jeunesse et les travailleurs, on le voyait soit qu'il présentât un rapport, soit qu'il attaquât de front une question, on le voyait, dis-je, se passionner pour soutenir ses idées, ne cherchant pas la controverse, mais ne la redoutant pas. Habile à réfuter d'abord, par une répartie heureuse ou un trait piquant, le contradicteur, il se lançait dans une réplique vigoureuse, ne se payant pas de mots au lieu de bonnes raisons.

« Orateur élégant, correct, faisant des citations d'auteurs favoris et surtout de notre inimitable fabuliste ; laissant un libre cours à sa verve, il donnait, par sa vivacité et son entrain, un grand charme aux sujets qu'il abordait nettement.

« M. Béhier avait consacré sa vie aux études médicales. Tel l'Académie l'avait connu dans sa vigueur abordant presque tous les sujets en litige sur l'alcoolisme, le choléra, la tuberculose, les maternités, tel nous l'avons vu, souffrant et luttant toujours, prendre part aux discussions sur la thoracocentèse, la septicémie et, membre des commissions permanentes, s'occuper sans relâche de leurs travaux.

« Ne craignant pas le mal, mais ne voulant point s'avouer à lui-même son état de souffrance, M. Béhier a lutté jusqu'au bout avec une énergie presque surhumaine. Il est tombé tout à coup et seulement quand ses forces n'ont plus répondu à sa volonté.

« M. Béhier a été médecin habile, praticien ingénieux, écrivain facile et d'une brillante activité d'esprit, d'une érudition solide et apportant dans ses recherches une ardeur incessante. Le laboratoire de l'Hôtel-Dieu qu'il est parvenu à créer, de concert avec son collègue de clinique chirurgicale, et où il a été si heureusement secondé, perpétuera le goût de cette anatomie pathologique qu'il représentait si dignement parmi nous.

« Au nom de l'Académie de médecine, je vous adresse, cher maître, un suprême adieu. Nous garderons toujours votre souvenir..... »

M. H. Liouville, au nom de la Société médicale des hôpitaux, a prononcé le discours suivant :

« Messieurs,

« La Société médicale des hôpitaux de Paris devait vivement ressentir la perte de l'un de ses membres les plus éminents, de l'un de ses anciens présidents. Des voix justement autorisées eussent certainement porté la

parole en son nom, si elle n'avait pensé que l'expression de sa douleur, traduite ici par un des élèves du maître que nous pleurons, témoignerait peut-être mieux de cette union touchante des sentiments affectueux qui s'établissent constamment entre le guide et le disciple, dans la vie de dévouement, de soins et d'enseignement qui s'écoule à l'hôpital, et qui est la vie quotidienne de chaque médecin.

« La Société a choisi le dernier nommé parmi ses membres pour bien montrer qu'à défaut de titres elle lui demandait de dire avec son cœur ce que fut M. Béhier durant ses laborieuses fonctions hospitalières, ce qu'il fut vis-à-vis de ses malades et vis-à-vis des élèves qui font partie de la grande famille médicale.

« C'est avec l'internat en 1834, à vingt et un ans, que Béhier commence l'apprentissage de cette responsabilité qui apparaît si lourde aux esprits consciencieux et qui commande tant de labeurs pour rester au niveau de la grande mission confiée.

« Elève affectionné de Biett, disciple respectueux d'Andral, il se forme vite, sous ces grands maîtres, à l'observation et à la pratique, et en 1844 il est nommé, à son second concours, médecin du Bureau central.

« C'est à ce titre qu'il prend rang dans la Société médicale. Dès lors son esprit toujours investigateur peut s'ouvrir, avec sa propre initiative, à toute idée nouvelle, à toute tentative thérapeutique, non qu'il aille vers elles par le désir du bruit ou de la nouveauté.

« C'est plutôt son tempérament actif, son esprit essentiellement progressiste, qui ont besoin de s'alimenter sans cesse, et qui ont soif de discussions, de recherches et de lumière.

« Il est si vivant — et d'une allure si franche, qu'il déploie dans la résistance même à des idées qu'il prônera plus tard, une ardeur qui surprend au premier abord, et qui ferait croire que rien n'ébranlera plus cette conviction ! — Cependant, quand l'examen approfondi des faits lui a dicté la vérité, c'est ce même esprit honnête qui la proclame et le premier et le plus haut !

« Suivant son expression familière, pour lui, devant les théories, *le protocole doit toujours rester ouvert;* et voilà l'un des secrets de la marche ascendante de l'esprit scientifique de M. Béhier !

« Aussi son service d'hôpital présentait-il un intérêt toujours nouveau, et était-il très-recherché, soit comme contrôle, soit comme expérimentation ; tout y était examiné avec le plus grand soin, et bien des progrès utiles aux malades lui sont dus, conçus, patronnés ou vulgarisés par lui.

« De chacun des hôpitaux dans lesquels il a passé, et des discussions animées, quelquefois même passionnées qu'il soutint devant la Société médicale, sont ainsi successivement sorties des tentatives thérapeutiques toujours fécondes.

« On les a crues parfois audacieuses; elles n'ont jamais cependant été imprudentes — et au nom de M. Béhier resteront attachés, pour la part heureuse qu'il y a prise, de véritables progrès parmi lesquels il faut signaler en première ligne cette grande *méthode des injections médicamenteuses sous-cutanées,* qu'il a vulgarisée sur le continent, et qui, malgré ses abus, est à coup sûr l'arme la plus puissante et la plus simple dont le médecin dispose contre la douleur.

« Viennent ensuite l'*application continue du froid humide dans les affections abdominales et notamment dans la péritonite*; l'*emploi de l'alcool* dans les phlegmasies aiguës ; l'*usage de la thoracentèse* comme moyen de traitement des épanchements pleurétiques récents ; plus tard il devait la conseiller en signalant ses contre-indications dans le cas d'épanchements pleurétiques même peu abondants.

« Enfin, chacun sait combien récemment mettent à profit pour la clinique les données précieuses fournies par les procédés d'examen au nom du thermomètre, du microscope et des appareils de numération des globules du sang, M. Béhier a apporté son précieux tribut à la question de la *transfusion* chez l'homme et à celle des bains froids dans la fièvre typhoïde et la forme cérébrale du rhumatisme.

« Messieurs, — quelle activité prodigieuse représente tout ce labeur ! Et je n'ai dû effleurer ici que les points principaux ! Quelle facilité d'adaptation

et de transformation intellectuelles; quelle confiance en son art! et on peut dire, quel courage également!

« Aussi bien faut-il toujours honorer ceux-ci qui, arrivés au sommet de la profession, loin de résister aux idées nouvelles, savent les reconnaître, se mettre à leur tête et en diriger la marche.

« Ce rôle incombait, du reste, justement aux maîtres de la génération de M. Béhier, qui se trouvaient placés, en effet, entre les conquêtes solides de la tradition qu'il ne fallait point compromettre et les espérances légitimes cependant que devaient faire concevoir des procédés nouveaux, perfectionnés sans cesse, dus au progrès qui envahissait tout.

« M. Béhier posséda les qualités supérieures nécessairespour remplir ce rôle.

« Notre maître avait d'abord, au plus haut degré, la passion de sa profession ; et il savait de plus rendre cette passion essentiellement communicative : durant les quarante-deux ans de services hospitaliers qu'il a remplis, arrivé à l'âge de soixante-trois ans où il s'est éteint, quelques jours après une dernière visite à *son cher Hôtel-Dieu*, il a gardé toujours l'enthousiasme des premiers temps! D'une nature fort sensible, il était absolument humain et généreux, et nulle des douleurs qui sont le lot de chacun ici-bas ne frappait en vain son cœur.

« Que de délicatesse exquise se cachait sous son enveloppe, qui semblait d'abord un peu brusque et qui certainement impressionnait! C'est au lit du malade, à l'hôpital surtout, que, par un mot ou un regard, il ouvrait des trésors de bienveillance et soulageait au moins quand il n'avait pas pu guérir.

« Enfin, il aimait la jeunesse avec passion ; la jeunesse qui était pour lui non-seulement l'image de la vie, avec ses ardeurs, ses emportements, sa franchise complète, mais qui était surtout la terre nouvelle et fertile où, à côté de l'enseignement officiel, l'homme pouvait semer de grandes et nobles pensées, des idées de tolérance réciproque, de saines notions des devoirs à remplir par chacun.

« Il excellait à la réveiller et à l'exciter s'il la voyait nonchalante et indifférente; à la soutenir dans ses heures de défaillance; et alors quel exemple il savait lui montrer : *vouloir fait pouvoir*, était la devise à laquelle il était lui-même toujours resté fidèle.

« Il aimait enfin par-dessus tout à enthousiasmer cette laborieuse jeunesse, s'il sentait son influence s'accuser en elle, grandir et fructifier.

« Le souvenir de ce maître aimé restera donc profondément gravé dans la mémoire de tous ceux qui ont eu le bonheur de l'approcher, comme l'un des plus encourageants et des plus fortifiants.

« Il doit leur rappeler sans cesse avec quel entrain il saluait les succès du début, si difficiles, si décisifs ; quelle récompense il disait en tirer pour lui-même et combien ses constants efforts lui paraissaient ainsi suffisamment justifiés.

« Hélas! ce sont ces efforts incessants qui ont abrégé ses jours. Aussi la récompense qu'il demandait de son vivant, ses élèves reconnaissants doivent-ils, s'ils veulent être dignes de lui, la continuer à son souvenir! et le cœur brisé de lui dire le dernier adieu, croyons-nous répondre encore au vœu le plus intime de sa pensée, en rappelant à ses disciples ces vers émus, inspirés par un maître, illustre aussi, qui venait de disparaître :

O vous ! qu'il a formés, vous qu'il a soutenus,
Au monument sacré que la douleur élève,
Apportez vos lauriers ! les palmes de l'élève
Sont l'honneur et la gloire du maître qui n'est plus !!

« Adieu ! mon maître bien-aimé ! que votre grand exemple vénéré par tous et par nous toujours évoqué, soit donc longtemps encore utile — comme l'a été votre vie ! »

M. Chaudé, avocat, parlant au nom de la Société de médecine légale, s'est exprimé ainsi :

« On vous a dit ce qu'était M. le professeur Béhier. Des voix autori-

sées vous ont fait connaître la perte que le pays venait de faire; la Société de médecine légale de France a tenu, elle aussi, à venir lui rendre un dernier hommage.

« Créée en 1868, la Société de médecine légale a compté M. Béhier parmi ses fondateurs. Il avait compris, ainsi qu'il le disait lui-même, les services que pouvait rendre une Société « fondée sur l'union de la science médicale et de la science juridique dans la recherche de la justice et de la vérité », et il lui apportait non-seulement l'éclat de son nom, mais encore le concours le plus actif et le plus dévoué; et si, dès ses débuts, la Société a pu prendre un rang honorable parmi les Sociétés savantes, elle doit une grande partie de ses succès à notre regretté collègue. Aussi, dès 1870, au premier renouvellemant de son bureau, s'empressait-elle de l'appeler pour deux ans à sa présidence.

« Pendant ces deux années, de cruels malheurs semblaient nous détourner à jamais de nos paisibles études; ces calamités, nul ne les ressentait avec plus de douleur que M. Béhier; mais la tourmente passée, nous le retrouvons à notre tête, nous conviant d'une voix émue, mais avec fermeté, à continuer l'œuvre un instant interrompue.

« Il ne m'appartient pas de dire le nombre et l'importance de ses travaux ni d'en apprécier la valeur; mais n'oublions jamais cette parole incisive et brillante, cette netteté d'esprit pour résumer une discussion, indiquer et saisir la véritable difficulté; cette vigilance et en même temps cette prudence avec laquelle il savait revendiquer et maintenir les droits de la science, cette passion de la vérité, ce désir d'être utile qui lui faisait souvent répéter cette devise qui le peint tout entier : « Bien faire et laisser dire. »

« Tel il s'est montré parmi nous, soit dans les commissions, soit dans les séances publiques et presque jusqu'au dernier jour, un des plus assidus, malgré la multiplicité de ses occupations.

« Mais il avait surtout une qualité que nous pouvions apprécier et admirer chaque jour davantage : dans cette réunion d'hommes adonnés à des études si diverses, il savait, avec un art extrême, se faire vulgarisateur de la science; c'était merveille de l'entendre expliquer aux jurisconsultes de la Société les points les plus ardus et les plus délicats des questions médicales qui s'agitaient devant eux; et, en l'entendant, nous nous surprenions parfois à nous croire véritablement les collègues en science des savants qui nous avaient admis parmi eux. Convaincu des résultats heureux que devait produire cette collaboration avec la magistrature et le barreau, il était pour nous plein d'une bienveillante sollicitude.

« Aussi lorsqu'il y a deux jours, au milieu de notre séance, la nouvelle de sa mort est venue nous attrister, la Société a-t-elle voulu que son dernier hommage lui fût apporté par un homme dévoué à l'étude du droit, et qu'après les hommes si éminents dans la science médicale que vous venez d'entendre, une voix plus modeste vînt, au nom des études juridiques, lui payer son affectueux tribut de regret.

« La Société de médecine légale a déjà été éprouvée par des pertes cruelles : M. Guérard, M. Bois de Loury, puis encore M. Giraldès, aujourd'hui M. Béhier... La science ne s'arrête pas en France, c'est l'honneur de notre corps médical; mais si en jetant les yeux autour de moi, messieurs, je salue les illustrations d'aujourd'hui et celles de l'avenir, permettez-moi de saluer une dernière fois les illustrations qui s'en vont, et de vous dire que la mémoire de Béhier sera toujours, parmi nous, entourée d'estime et de respect. »

Congrès médical international de Philadelphie. — Ce congrès, dont on a annoncé la création il y a quelques mois, sera décidément ouvert le lundi 4 septembre 1876, et tiendra ses séances dans les locaux de l'Université de Pensylvanie. Des discours d'inauguration ou *adresses* seront lus sur les sujets suivants : médecine, docteur Flint; chirurgie, docteur Eve; hygiène, docteur Bowditch; obstétrique, docteur Parvin; chimie médicale et toxicologie, docteur Wormley; biographie médicale, docteur

Washington ; éducation et institutions médicales, docteur Davis ; littérature médicale, docteur Vandell ; psychiatrie, docteur John Gray ; médecine légale, docteur Chaillé.

Les sujets suivants seront discutés dans les sections :

Section I. *Médecine.* — Première question : La fièvre typho-paludéenne constitue-t-elle un type spécial de fièvre? Deuxième question : L'angine diphthéritique et l'angine pseudo-membraneuse sont-elles des affections distinctes ? Troisième question : Les conditions de la vie moderne favorisent-elles le développement des maladies nerveuses? Quatrième question : Influence des altitudes sur la marche de la phthisie.

Sect. II. *Biologie.* — Première question : Microscopie du sang. Deuxième question : Fonctions excrétoires du foie. Troisième question : Histologie pathologique du cancer. Quatrième question : Mécanisme des articulations.

Sect. III. *Chirurgie.* — Première question : Chirurgie antiseptique. Deuxième question : Traitement mécanique et chirurgical des anévrysmes. Troisième question : Traitement de la coxalgie. Quatrième question : Causes et distribution géographique des affections calculeuses.

Sect. IV. *Dermatologie et syphiliographie.* — Première question : Des variations dans le type et la fréquence des affections cutanées dans les différents pays d'égale civilisation. Deuxième question : L'eczéma et le psoriasis sont-ils des affections locales ou des manifestations constitutionnelles. Troisième question : Virus syphilitique, unité ou dualité? Quatrième question : Traitement de la syphilis.

Sect. V. *Obstétrique.* — Première question : Causes et traitement des hémorrhagies non puerpérales de l'utérus. Deuxième question : Mécanisme de l'accouchement naturel et artificiel dans les cas de rétréoissement du bassin. Troisième question : Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus. Quatrième question : Nature, causes, traitement préventif de la fièvre puerpérale.

Sect. VI. *Ophthalmologie.* — Première question : Valeur comparative des astringents et des caustiques dans le traitement des maladies de la conjonctive. Deuxième question : Tumeurs du nerf optique. Troisième question : Anévrysmes orbitaires et exophthalmie pulsatile ; diagnostic et traitement. Quatrième question : La myopie progressive et le staphylôme postérieur sont-ils dus à une prédisposition héréditaire ou doivent-ils être attribués à un défaut de la réfraction produite sous l'influence des muscles ciliaires ?

Sect. VII. *Otologie.* — Première question : Importance du traitement immédiat des affections de l'oreille, principalement lorsqu'elles sont dues à des exanthèmes. Deuxième question : Quel est le meilleur procédé de mensuration de l'acuïté de l'ouïe? Troisième question : Dans quel cas le tympan artificiel présente-t-il des avantages pratiques?

Sect. VIII. *Science sanitaire.* — Première question : Disposition des égouts. Deuxième question : Construction et ventilation des hôpitaux Troisième question : Utilité des quarantaines dans les épidémies de choléra et de fièvre jaune. Quatrième question : Etat actuel de la science en ce qui concerne les maladies produites par des ferments ou des germes.

Sect. IX. *Psychiatrie.* — Première question : Histologie du cerveau Deuxième question : Responsabilité criminelle des aliénés. Troisième question : Simulation de la folie par les aliénés. Quatrième question : Traitement des individus atteints d'aliénation mentale chronique.

Les médecins étrangers qui désirent présenter des mémoires au Congrès sont priés d'en prévenir les secrétaires avant le 1er avril. M. le docteur Bertolet, 113, Broad Street, Philadelphie, est spécialement chargé de recevoir les communications venant de l'étranger.

Concours. — Le jury pour le concours des chirurgiens des hôpitaux est ainsi constitué : MM. Duplay, Péan, Labbé, de Saint-Germain, Ledentu, Anger et Descroizilles.

Les candidats sont : MM. Berger, Blum, Bourdon, Coyne, Farabœuf,

Félizet, Humbert, Laugier, Marchaud, Monod, Nepveu, Pozzi, Richelot, Terrillon.

Concours de l'adjuvat; *jury* : MM. les professeurs Béclard, Broca, Le Fort, Sappey, Trélat. — *Candidats* : MM. Amodru, Bergonnier, Duret, Faure, Garnier, Henriet, Kirmisson, Lebec, Marcano, Marot, Schwartz, pour une place.

Les candidats ont à faire, comme préparation de pièce sèche : *Le voile du palais*. — Ces préparations doivent être remises le samedi, 10 juin, à trois heures, à la Faculté.

Concours pour l'internat en pharmacie. — Les épreuves du concours de l'internat en pharmacie viennent de se terminer. Les juges du concours étaient : MM. Chatin (empêché dès la première séance), Baudrimont, Méhu, Patrouillard, Desnoix, Vigier (Ferdinand), Cassan. 126 candidats étaient inscrits; voici, par ordre de mérite, le nom des 35 élus :

1er, Menessier; 2e, Floquet; 3e, Blarez; 4e, Degrauwe; 5e, Hariot; 6e, Küss; 7e, Pihier; 8e, Jolivet; 9e, Lecœur; 10e, Rambaux; 11e, Fleury; 12e, Dupont; 13e, Marsault; 14e, Gallard; 15e, Guignard; 16e, Debaecker; 17e, Bordenave; 18e, Mornet; 19e, Morin; 20e, Bresson; 21e, Buts; 22e, Trappenard; 23e, Bossugue; 24e Blacque; 25e Honoble; 26e, Saint-Martin; 27e, Monnin; 28e, Girard (Oswald); 29e, Lespiau; 30e, Thérain; 31e, du Bouays; 32e, Labonne; 33e, Demandre; 34e, Bargullo; 35e, Girard (Léouard).

Les sujets de la composition écrite étaient : 1° des composés oxygénés du phosphore; 2° des vins médicinaux; 3° des cantharides.

Séance annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — La séance annuelle de l'Association générale a eu lieu le 23 avril. — M. Hérard a lu un rapport sur l'élection du nouveau président, M. H. Roger, qui, sur 2 463 votants a obtenu 2 434 voix. On n'avait pas encore les procès-verbaux de quelques sociétés locales, dont le vote ne paraît pas devoir modifier le résultat du scrutin déjà connu. M. Roger est donc président, pour cinq ans, de l'Association générale. M. Roger a prononcé alors un discours et communiqué à l'Assemblée une proposition, émanant de la Société locale des Landes, demandant que M. Tardieu soit nommé président honoraire. Puis, après lecture d'une lettre de M. A. Latour, que la maladie a empêché d'assister à la réunion, M. Brun, trésorier, a lu son rapport sur la situation financière de l'Association. Le total de l'avoir de l'Association générale et de la Caisse des pensions, au 31 mars 1876, s'élève à la somme de 495 761 fr. 57. — M. Bucquoy a lu ensuite le rapport de la Commission des pensions viagères d'assistance. La séance a été terminée par la lecture, faite par M. Brouardel, du compte rendu général des actes de l'Association.

Prix. — La Société des médecins des bureaux de bienfaisance met au concours la question suivante :

Faire connaître les différentes œuvres d'assistance privée à Paris, en province, ou à l'étranger qui, par leurs secours personnels ou matériels, permettent de pratiquer, à domicile, la médecine et la chirurgie des pauvres.

Les récompenses consisteront en une médaille d'or et en plusieurs médailles d'argent.

Adresser les mémoires, suivant les usages académiques, avant le 30 juin 1877, terme de rigueur, à M. le docteur Passant, secrétaire général de la Société, rue de Grenelle-Saint-Germain, 39, à Paris.

Nécrologie. — M. Buignet, membre de l'Académie de médecine. — Le docteur Louis Lévy, à Paris. — Le docteur Dauvergne, à Lyon. — Le docteur Ludovic Hirschfled, professeur d'anatomis à l'Université de Varsovie. — Le docteur André Wynter, qui a dirigé pendant quinze ans le *British Medical Journal*.

L'administrateur gérant : DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

Dangers de l'exploration du rectum avec la main, pour le diagnostic et le traitement des affections du petit bassin et de l'abdomen ;

Par le docteur N.-P. Dandridge (1).

Depuis que le professeur Simon, de Heidelberg, a publié en 1872 son article *Sur la dilatation artificielle de l'anus et du rectum, pour exploration et opération*, ce procédé a acquis une grande notoriété et a été pratiqué par de nombreux chirurgiens de différents pays.

Le verdict général semble s'accorder avec l'opinion de Simon, que l'introduction de la main dans le rectum n'est pas suivie de conséquences sérieuses ou dangereuses; du moins, selon nous, parce que les cas dans lesquels il est survenu des accidents graves ont été rarement mentionnés. Le cas suivant montre, je pense, que les dangers de l'opération ne sont pas entièrement imaginaires, mais qu'ils sont assez grands pour qu'on puisse la rendre responsable d'une terminaison fatale, et pour justifier la question de savoir si les avantages qu'elle donne contre-balancent les risques qu'elle fait courir.

En prenant le service du docteur Mussey, j'y trouvai, le 20 mars, un patient qui était à l'hôpital depuis le 14 février. Il était âgé de vingt-cinq ans, natif de Wales, chaudronnier de profession et célibataire. L'histoire de sa famille était bonne, et ses parents avaient atteint un âge avancé. On ne put découvrir d'affection constitutionnelle héréditaire.

Jusqu'au mois de juin dernier sa santé avait toujours été excellente. A cette époque, après un travail fatigant, il avait été saisi brusquement d'une douleur violente dans l'aine gauche, et pendant deux semaines il avait pu à peine marcher. La douleur

(1) Nous n'avions pas encore entretenu nos lecteurs de la méthode préconisée par le professeur Simon, de Heidelberg; nous pensions, en effet, *à priori*, que ce procédé dangereux devait être absolument repoussé de la pratique médicale à cause des accidents qu'il peut occasionner. Nos prévisions se sont réalisées, et nous croyons devoir, à ce propos, publier *in extenso* la communication faite à la Société médicale de Cincinnati par le docteur Dandridge, et que M. le docteur L.-H. Petit a traduite du *the Cincinnati Lancet and Observer*, mai 1876, p. 441. (*Le comité de rédaction.*)

s'étendait quelquefois dans le dos, les hanches et les cuisses. En même temps il accusait une tuméfaction à la partie supérieure et interne de la cuisse gauche ; après avoir repris son travail la douleur, qu'il rapportait à l'articulation sacro-iliaque et non au rachis, avait continuellement augmenté, de telle sorte qu'il ne pouvait travailler un jour entier. Ni antécédents ni indices de syphilis.

Examen physique. — Le malade est de taille moyenne, un peu émacié ; expression anxieuse de la physionomie, appétit bon ; selles régulières, urine acide, densité 1010, sans albumine. Il y a une tuméfaction dans l'aine gauche, s'étendant du ligament de Poupart à quelques pouces plus bas, au côté interne de la cuisse. Cette tuméfaction n'est pas très-proéminente, mais s'enfonce graduellement dans les tissus voisins. La peau est tout à fait normale à ce niveau. Dans la fosse iliaque gauche on peut sentir une masse mal délinie, mate à la percussion, tandis que le reste de l'abdomen est entièrement normal, bien que les parois en soient un peu tendues. Pas de sensibilité à la pression le long du rachis. Une pression forte sur le sacrum cause un peu de douleur, mais pas beaucoup. Ni saillie ni courbure à la colonne vertébrale.

Le cas fut examiné par plusieurs personnes, et quelques-unes crurent sentir une fluctuation indistincte de la masse intra-abdominale et dans la tuméfaction de la cuisse ; pour moi, je ne pus l'obtenir.

Un diagnostic absolu était ici impossible, et, d'autre part, sa gravité évidente demandait la plus grande certitude avant d'entreprendre un traitement. Quelle que fût l'hypothèse émise, il n'y avait pas de symptômes saillants et importants ; ainsi, bien que la maladie la plus probable fût un abcès du psoas, il n'y avait ni courbure angulaire, ni douleur à la pression, ce qu'on devait certainement s'attendre à rencontrer, puisque l'affection durait depuis près d'un an. Dans ces conditions, on résolut de faire une exploration par le rectum pour déterminer, autant que possible, les caractères et la position de la tuméfaction intra-abdominale et aussi, dans l'hypothèse d'un abcès du psoas, d'explorer le corps des vertèbres inférieures et de déterminer si elles étaient le siége d'une affection.

L'opération fut proposée au malade, qui l'accepta aussitôt.

Le 22 mars, avec l'assistance du docteur Connor, je fis l'anesthésie par l'éther et je pratiquai l'examen du rectum. La main étant bien huilée et repliée en forme de cône, le sphincter fut dilaté très-lentement ; plus de dix minutes s'écoulèrent avant l'entrée de la main dans le rectum. Quelques pouces au-dessus de l'anus le bout des doigts découvrit ce qui semblait être un rétrécissement de l'intestin, comme s'il était bridé par une fausse membrane. Au-delà de cet obstacle, il fut d'abord difficile de découvrir le canal intestinal. Dès que la main y fut, elle passa promptement sans effort jusqu'au promontoire du sacrum. Juste avant d'atteindre ce point, je notai une tumeur considérable der-

rière l'intestin. La face antérieure du corps des vertèbres et du sacrum fut explorée, mais ils parurent lisses et normaux, sans rugosités ni perte de substance. Tournant à gauche, on put sentir distinctement le grand psoas, qui avait plusieurs fois le volume de celui du côté droit et paraissait ferme, tendu, élastique. Plus haut il s'étendait en avant du rachis presque jusqu'à la ligne médiane. L'iliaque primitive put être sentie distinctement au côté interne du muscle, bien que ses pulsations ne fussent pas aussi intenses que celles de l'iliaque droite.

Le docteur Connor répéta l'examen. Dans aucun cas, la main ne força l'intestin, et on n'essaya pas de la porter plus haut que la bifurcation de l'aorte. D'après cet examen on conclut définitivement à l'existence d'un abcès du psoas.

Après l'anesthésie, on prescrivit au malade 2 centigrammes de sulfate de morphine en cas de douleur.

Six heures après midi. — Impossibilité d'uriner. Cathétérisme. Le malade se sent bien.

23 mars. — Huit heures du matin. Nouveau cathétérisme. Une demi-heure après, miction naturelle. Pouls à 120. Température, 39°,4. Le malade accuse un peu de douleur dans la partie inférieure de l'abdomen. Il y a aussi un peu de tympanite et une légère distension.

Six heures du soir. — Pouls à 120; temp., 40 degrés. Cathétérisme. On donne la quinine et la morphine alternativement toutes les deux heures.

24 mars. — Pouls, 112; temp., 38°,8. On prescrit du lait et de l'eau de chaux; des applications de térébenthine sur l'abdomen. Continuer la morphine. On cesse la quinine, qui cause des nausées.

Cinq heures après midi.—Pouls, 120; temp., 38°,3 ;resp., 32.

Neuf heures du soir. — Pouls, 120; temp., 38°,8; resp., 25.

25 mars. — Miction naturelle. Pouls, 108; temp., 37°,2; resp., 20. La douleur a disparu; l'état général est meilleur. Pas de selles depuis l'exploration; on prescrit un lavement. Cesser la morphine jusqu'à ce que la douleur revienne. Comme le malade éprouve constamment des nausées, on prescrit un grain de calomel à répéter dans quatre heures.

Cinq heures après midi.—Vomissements fréquents. Pouls, 108; temp., 38°,8.

Depuis ce moment le malade alla de mal en pis; des signes de pneumonie, d'abord à droite, puis à gauche, se manifestèrent; mort le 2 avril, à neuf heures du soir.

Récapitulons ce qui précède ; Impossibilité d'uriner depuis l'opération. Dans les vingt-quatre heures, symptômes de péritonite qui cessent presque complétement le troisième et le quatrième jour, pour reparaître en même temps que la plus formidable complication pulmonaire. Mort le dixième jour.

Autopsie. — Treize heures après la mort. Rigidité *post mortem*

très-marquée. A l'ouverture de la poitrine on trouve dans la cavité pleurale droite une grande quantité de matière purulente. La plèvre pulmonaire est couverte d'une épaisse couche de lymphe récente, et le poumon lui-même est comprimé et carnifié. Le poumon gauche est couvert d'adhérences récentes, quoique un peu solides; dans les parties correspondantes il était solidifié, et on le déchira en l'enlevant. Le reste du poumon est fortement congestionné.

Le cœur contenait un caillot mou, blanc, dans le ventricule droit. Le ventricule gauche était vide, et le cœur lui-même normal.

Dans la cavité péritonéale, de larges plaques de lymphe récente réunissaient partout les anses intestinales entre elles. Il y avait un dépôt considérable de cette lymphe à la face supérieure du foie, entre elle et le diaphragme, et une couche semblable à la rate. La surface péritonéale de l'intestin était d'une teinte plus foncée qu'à l'état normal, et presque acajou par places. Pas de liquide dans la cavité abdominale. La muqueuse de l'intestin était normale; son contenu était demi-liquide. Le gros intestin contenait quelques fèces en grumeaux. Sur la paroi antérieure du rectum, il y avait une fissure, comme une déchirure à travers le péritoine, allant jusqu'à la tunique musculaire; elle était d'environ 2 pouces de long, et siégeait à environ 5 pouces de l'anus. Les bords en étaient un peu arrondis et épaissis; il n'y avait pas d'indice spécial d'inflammation dans son voisinage immédiat. La muqueuse correspondant à cette rupture était tout à fait normale; au même niveau, sur les faces latérales et postérieure, on trouva deux gros abcès dans les parois de l'intestin. Ces abcès, faisant saillie dans l'intérieur du rectum, devaient l'avoir considérablement rétréci.

Juste au-dessus du sphincter, il y avait une rupture des tuniques muqueuse et musculaire. Le grand psoas gauche était rempli par un abcès et contenait un pus en partie fluide et en partie caséeux. L'iliaque, du même côté, était dans le même état. Ces deux cavités se réunissaient au-dessus du pubis, puis descendaient vers le point d'insertion des muscles, dont ils avaient rompu la gaîne; les abcès avaient séparé les parties molles du fémur dans environ la moitié de sa circonférence, sans ouvrir cependant la jointure. Au point où le psoas passe sur le bord du pubis, l'os était carié; on trouva aussi un abcès à la partie supérieure du sacrum et à la moitié inférieure de la cinquième vertèbre lombaire. Il était sous le ligament antérieur et masquait entièrement l'état des os sous-jacents. Les corps de la quatrième et de la cinquième vertèbre lombaire étaient considérablement détruits, et la première division du sacrum était très-érodée.

La seule conclusion que l'on peut tirer de cet examen est que, pendant l'exploration, la tunique péritonéale du rectum s'est

rompue, à environ 5 pouces au-dessus de l'anus, ainsi que la muqueuse au-dessus du sphincter, et que ces lésions furent cause de la péritonite.

Quelques points importants, relativement à l'exploration, sont aussi mis en lumière. Le rétrécissement apparent dont on a parlé plus haut, et qui fut rencontré par le bout des doigts pendant l'introduction de la main, et la difficulté de trouver le canal de l'intestin, s'expliquent par l'existence des abcès dans la paroi du rectum, leur saillie dans son intérieur et son rétrécissement. Il est probable aussi que la déchirure dans la tunique péritonéale doit avoir été causée par ce même rétrécissement intestinal, car elle siége en un point où le rectum doit être le plus large, et beaucoup plus bas que le point où a lieu la rupture, lorsqu'on fait entrer de force la main dans l'intestin jusqu'à rupture sur le cadavre. L'état des vertèbres ne put être découvert, parce qu'il était masqué par l'abcès situé en avant du sacrum.

Le résultat de ce cas suggère tout naturellement les questions suivantes : Ce moyen d'exploration est-il aussi innocent qu'on l'a pensé, et que son auteur l'a enseigné, ainsi que beaucoup de ceux qui en ont une grande expérience, — ou bien le cas présent était-il de ceux dans lesquels il n'est pas applicable, — ou l'examen lui-même fut-il fait de manière à le rendre dangereux, alors qu'on aurait pu le faire différemment et plus sûrement?

Simon, dans une traduction de son article *Sur la dilatation artificielle de l'anus et du rectum*, trouvée dans *the Cincinnati Lancet and Observer*, mai 1873, dit : « J'ai fait fréquemment cet examen, alors qu'il n'était pas nécessaire, sur des patients soumis au chloroforme, et je l'ai fait parce que j'étais convaincu de son innocuité. » Telle est la conviction de celui qui a la plus grande expérience de ce mode d'examen. Voici la manière dont il conseille de la faire. « La main étant bien huilée, on introduit d'abord deux doigts dans le sphincter, puis quatre, et enfin le pouce et la main tout entière. La dilatation doit être progressive et aidée par un mouvement de rotation. En suivant ces indications, une main mesurant 25 centimètres peut être introduite absolument sans danger. »

« L'anus forme même dans sa plus grande dilatation, qui en circonférence est de 25 centimètres au plus, une entrée étroite à la partie la plus large du rectum. Cette cavité est formée par les portions moyenne et inférieure du rectum, dont la première est

en dehors du péritoine, et la seconde n'est recouverte qu'à sa face antérieure par la paroi postérieure de la fosse de Douglas, et s'étend jusqu'au tiers supérieur du rectum, c'est-à-dire à un point au-dessus duquel le péritoine entoure les parois antérieure et latérales de l'intestin, et où il s'attache au sacrum. Ce point est situé de 12 à 14 centimètres au-dessus de l'anus, et correspond à la troisième vertèbre sacrée.

« La plus grande largeur de la cavité rectale est à environ 6 ou 7 centimètres de l'anus, et sa dilatation peut être portée, en ce point, à 25 ou 30 centimètres. A partir de ce point jusqu'à l'extrémité supérieure du tiers moyen, elle diminue graduellement à 20 ou 25 centimètres, et, de là, elle diminue rapidement jusqu'au milieu du tiers supérieur, où elle n'a plus que 16 ou 18 centimètres de circonférence; sa partie la plus étroite est à la courbure sigmoïde. » Après ces considérations anatomiques, il dit plus loin : « La base du pouce est, en ce point, à 12 ou 14 centimètres au-dessus de l'anus, et la moitié de la main peut s'avancer à travers la partie supérieure du rectum dans le commencement de l'S iliaque... Alors l'abdomen peut être palpé à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic. »

Les citations précédentes ont pour but de montrer la limite donnée par Simon lui-même à l'examen, et la profondeur à laquelle la main peut pénétrer sans courir le risque de rompre quelqu'une des tuniques de l'intestin. Cette limite n'a cependant pas satisfait le désir de certains chirurgiens qui ont employé la méthode, et on a publié des cas dans lesquels la prétention a été poussée jusqu'à faire pénétrer la main, à travers toute l'S iliaque, dans le côlon descendant; cette prétention est évidemment fausse, comme il est positivement prouvé par les mensurations de Simon rapportées plus haut, et qui donnent l'extensibilité de l'intestin et la distance à laquelle la main peut pénétrer pour l'accomplir, et par le trajet tortueux de l'S iliaque.

Les indications précédentes de Simon furent suivies à la lettre dans le cas actuel. La main, qui ne mesure que 21 centimètres en circonférence, fut introduite de la manière prescrite, avec grand soin, sans se hâter, et fut portée seulement assez haut pour atteindre avec le bout des doigts la bifurcation de l'aorte, et pas même, comme nous y étions autorisés, assez haut pour palper la paroi abdominale à plusieurs centimètres au-dessus de l'ombilic. En dépit des précautions observées et de la profondeur

limitée de l'exploration, l'intestin fut rompu en un point où son calibre aurait dû être le plus large, et par conséquent le danger de la rupture le plus petit.

On peut admettre, je pense, que le siége de la rupture fut déterminé par l'étroitesse anormale de l'intestin, due à la présence des abcès dans la paroi rectale; mais à ce moment même, on n'employa pas de force appréciable pour faire passer la main, et à aucun instant nous n'éprouvâmes la sensation de surmonter un obstacle. La constriction dont on a parlé en décrivant l'opération ne fut sentie que par les bouts des doigts, et ne fut aucunement perçue lorsque la main eut dépassé le sphinter. Que la paroi intestinale se soit trouvée dans un état anormal, ce n'est pas une réponse satisfaisante, car cet état ne pouvait être ni connu ni soupçonné d'avance. Nous croyons donc pouvoir admettre, comme démontré par ce cas que la rupture de quelqu'une des parois du rectum peut survenir sans qu'on ait employé de force appréciable et lorsque l'exploration est restée dans les limites prescrites par son auteur; et si, par conséquent, la rupture peut survenir lorsqu'on a employé une force tellement légère, que l'opérateur n'a pu l'apprécier, l'exploration, dans un cas donné d'avance, peut-elle être considérée comme absolument innocente, même lorsqu'on y apporte le plus de soins et de précautions? Cette conclusion n'est pas motivée que par la considération du seul cas précédent.

H.-B. Sands publie dans le *New-York Medical Record*, juin 1874, l'observation d'un cas examiné par lui. La main, qui mesurait 19 centimètres de circonférence, fut introduite à une profondeur de 12 pouces, mesurée à partir du bout des doigts, le bras étant trop gros pour pouvoir distendre davantage le sphincter. L'examen *post mortem* révéla une rupture de la tunique musculaire, à 8 pouces de l'anus.

Dans le numéro du même journal, pour mars 1875, se trouve un cas de R.-M. Weir, dans lequel l'examen fut fait pour déterminer le siége du rétrécissement dans un cas d'obstruction intestinale. La main, mesurant 22 centimètres et demi, fut introduite à une profondeur de 11 pouces. On sentit le rein gauche; on explora l'aorte au-dessus de sa bifurcation et la tête du côlon distendu. La mort survint en peu d'heures, et on trouva au péritoine une déchirure de plusieurs pouces d'étendue.

Dans le même article on donne un cas de Sabine. Exploration

entreprise pour déterminer le diagnostic d'une tumeur rénale. Main, 19 centimètres de circonférence, introduite à une profondeur de 11 pouces. Mort en quatre jours. Lacération de la tunique musculaire du rectum, avec ecchymoses.

J'ai assisté moi-même à quatre explorations différentes ; deux fois j'ai aidé à l'examen ; dans l'une, il s'agissait du cas décrit plus haut ; dans l'autre, l'examen fut fait par un de mes amis pour confirmer un diagnostic d'anévrysme du tronc cœliaque. Pendant l'examen, la masse formée par l'anévrysme et ses pulsations purent être distinctement senties. La mort survint en vingt heures environ. On ne trouve pas de déchirure à l'intestin ; l'anévrysme cependant était rompu ; du sang en quantité était extravasé derrière le péritoine, mais cette cavité n'en contenait pas.

Dans ce cas, il y a des raisons de croire que la rupture de l'anévrysme pourrait avoir eu lieu quelque temps avant l'examen, et qu'elle ne dépend pas du tout de lui.

Dans le troisième cas, l'exploration d'une tumeur rénale fut le but de l'examen. Pendant quelques jours après, il y eut des symptômes de péritonite légère, qui disparurent toutefois, et le malade mourut au bout de quelques mois de sa maladie primitive. A l'autopsie, on ne trouva pas de signes d'une lésion quelconque des tuniques intestinales ; s'il y en avait eu, elle avait entièrement disparu.

Enfin, j'assistai à l'examen d'une jeune femme d'environ vingt ans. Elle se plaignait d'une tuméfaction dans la fosse iliaque gauche, et l'examen fut entrepris pour en déterminer les caractères et le siége. Il démontra que la fosse iliaque était entièrement normale et que les conditions soupçonnées d'après la palpation extérieure n'existaient pas. Pendant environ vingt-quatre heures, il y eut une légère incontinence de fèces, qui céda bientôt sans qu'il survînt d'autres symptômes fâcheux d'aucune sorte.

Je n'ai pas fait de recherches étendues dans les journaux pour trouver si le nombre de cas suivis d'accidents sérieux ne pourrait pas être augmenté. Le témoignage fourni par les cinq cas rapportés ci-dessus me semble cependant suffisant pour prouver positivement que, même avec le plus de soin et de prudence, l'opérateur ne peut apprécier la présence de conditions anormales qui rendront inévitables des lésions sérieuses, en sorte que, dans chaque cas individuel, des conséquences graves et même fatales peuvent s'ensuivre.

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE

De l'origine du phosphate de chaux, éliminé par les voies urinaires et intestinales, et de la valeur de ce phosphate comme agent thérapeutique ;

Par MM. PAQUELIN ET JOLLY.

On a beaucoup discuté (pour ne pas dire ergoté), et l'on discute encore sur la valeur thérapeutique du phosphate de chaux : l'accord est loin d'être fait sur cette question ; elle mérite donc examen. Chimistes, médecins, physiologistes ont pris part à la discussion, les uns et les autres argumentant avec des faits puisés dans le domaine de leurs observations respectives. Le professeur Germain Sée, lui-même, dans un but d'intérêt général, sans doute, a laissé tomber naguère, du haut de sa chaire de clinique, un mot d'appréciation au milieu du débat. Mais qui croire ? Tandis que les uns élèvent le phosphate de chaux au rang des panacées, le proclament un reconstituant de premier ordre, et vont jusqu'à lui accorder la priorité sur le fer, les autres, lui refusant toute qualité ou à peu près, ne voient en cette substance que le principe actif de la tisane de riz et de la décoction de Sydenham, et le relèguent au rang vulgaire des antidiarrhéiques, côte à côte avec la poudre d'yeux d'écrevisse. Où est la vérité ? Elle se trouve dans les deux camps. Le phosphate de chaux fait partie de nos aliments, c'est dire qu'il est reconstituant. Mais cette substance n'est absorbable qu'en très-petites proportions ; aussi, quand l'alimentation la renferme en trop grande abondance, se dépose-t-elle dans l'intestin, sous forme de poudre blanche, pour jouer le rôle d'anosmotique ; de là, ses propriétés antidiarrhéiques.

Suivons la chaux phosphatée dans sa migration à travers les voies digestives ; examinons les différentes mutations qu'elle y subit ; traçons, en un mot, son histoire physiologique, et nous déterminerons, par le fait, la valeur de cette substance comme agent thérapeutique.

Les premières voies digestives n'ont aucune action sur le phosphate de chaux. Dans l'estomac, ce sel subit l'action du suc gastrique ; que ce suc doive son acidité à l'acide chlorhydrique, à

l'acide lactique ou à ces deux acides réunis, ou encore à tout autre acide, cela n'a pas la moindre importance : le résultat ne varie pas. Le phosphate de chaux ingéré se transforme en biphosphate de chaux, ou phosphate acide de chaux, principe éminemment soluble, en cédant une partie de sa base à l'acide ou aux acides en présence. Observons que la quantité de phosphate de chaux transformé ou de biphosphate de chaux formé varie suivant le degré d'activité du suc gastrique, suivant aussi que le phosphate de chaux ingéré est plus ou moins facilement attaquable par les acides. Le mode d'action du suc acide de l'estomac sur le phosphate de chaux est inscrit dans la loi suivante. Cette loi, qui est générale, c'est-à-dire qui s'applique à tous les phosphates insolubles, nous l'avons formulée dans le travail que nous avons présenté, il y a deux ans, à la Société de médecine pratique ; la voici :

Lorsqu'un acide minéral ou organique exerce une action sur un phosphate insoluble, il n'y a pas simplement dissolution ; il y a décomposition. Le phosphate neutre ou basique cède à une partie de l'acide un ou deux équivalents de sa base, et se transforme en phosphate acide soluble.

Le phosphate de chaux ne se solubilise donc dans l'estomac qu'à la condition de se transformer en phosphate acide ou biphosphate.

Signalons, en passant, que les préparations pharmaceutiques de chaux phosphatée soluble (chlorhydro-phosphate de chaux, lacto-phosphate de chaux, etc.) ne sont en grande partie que des biphosphates ou phosphates acides de chaux.

Arrivé dans l'intestin, le produit acide, provenant de la transformation du phosphate de chaux, subit la double action alcaline du suc pancréatique et du suc entérique, laquelle a pour effet de neutraliser presque complétement l'acidité du chyme et, partant, de précipiter, à l'état de phosphate insoluble, une somme de biphosphate directement proportionnelle à la somme d'acide gastrique neutralisé.

La loi suivante, qui est également énoncée dans le travail précité, rend compte de la réaction qui s'accomplit à ce moment de la digestion :

Si, dans la dissolution acide d'un phosphate insoluble, on verse un alcali ou son carbonate, la réaction s'opère entre deux équivalents de biphosphate et deux de base. Il y a formation d'un

équivalent de phosphate neutre insoluble de la base du biphosphate, et d'un équivalent de phosphate neutre alcalin.

De ces faits, il résulte que : 1° dans l'intestin grêle, l'acide phosphorique de la majeure partie du phosphate de chaux gastrique (biphosphate) se scinde, sous l'influence alcalinisante des principes sodiques des sucs intestinaux, en deux parties, dont l'une rentre dans une combinaison de phosphate de chaux insoluble et est expulsée avec les résidus de la digestion, et dont l'autre sert à former du phosphate de soude, soluble et assimilable ; 2° qu'il ne reste plus, en fait de phosphate de chaux absorbable, qu'une très-minime partie du biphosphate gastrique, laquelle se maintient dans cet état à la faveur de la faible acidité que présente alors la masse du chyme.

Schmidt a analysé du chyle, provenant d'un jeune poulain auquel il avait pratiqué une fistule thoracique; ce liquide ne contenait, par 1 000 grammes, que 20 centigrammes de phosphate terreux, résultat qui vient à l'appui de la donnée physiologique que nous venons d'exposer, à savoir : que le phosphate de chaux n'est absorbable qu'en très-minimes proportions; encore, ce résultat peut-il être entaché d'erreur. En effet, la méthode d'analyse qui a cours dans la science, lorsqu'il s'agit de déterminer les différents principes salins contenus dans un même liquide à l'état de mélange, consiste à déterminer séparément les acides et les bases du mélange, et à attribuer arbitrairement les acides les plus forts aux bases les plus énergiques.

Or, cette méthode est vicieuse; nous l'avons démontré dans le mémoire que nous avons présenté l'année dernière à la Société de médecine pratique.

Aussi, en suivant, dans nos recherches comparatives sur la constitution minérale du sang artériel et du sang veineux, une méthode autre que celle qui est en usage, méthode que nous avons décrite, sommes-nous arrivés à des résultats différents de ceux indiqués par les auteurs qui se sont occupés de la même question.

Nous rappellerons ces résultats, parce qu'ils ont directement trait à notre sujet.

Ils montrent, en effet, que, si le phosphate de chaux est condensé en grande abondance dans les os, les autres organes, contrairement aux idées admises, n'en contiennent, pour ainsi dire, que des traces.

1 000 grammes de chacune des substances suivantes nous ont donné en phosphates terreux, à savoir :

Le sang artériel..................	10	milligrammes.
Le sang veineux..................	5	—
La rate..........................	5	—
Le foie..........................	5	—
La bile..........................	543	—

Ajoutons que, par contre, nous avons trouvé dans le sang artériel et dans le sang veineux des quantités un peu plus fortes d'autres sels calcaires.

Nous dirons, en expliquant la provenance des phosphates terreux urinaires, comment la bile contient, sous même poids, une proportion de phosphate terreux de beaucoup supérieure à celle qui est renfermée dans le sang et dans le foie ; en attendant, enregistrons les deux données que nous venons d'acquérir :

1° Que le phosphate de chaux n'est absorbable qu'en très-faibles proportions ;

2° Que les liquides circulatoires : chyle, sang artériel, sang veineux, ainsi que les différents tissus organiques, le système osseux mis à part, n'en contiennent, pour ainsi dire, que des traces.

L'expérimentation physiologique a surabondamment démontré que le phosphate de chaux n'est pas absorbable.

Les travaux de M. André Sanson, professeur de zootechnie à l'Ecole de Grignon, ont fait voir que le phosphate de chaux, soluble ou insoluble, que l'on ajoute d'une façon artificielle à la ration des animaux, passe tout entier dans les déjections. Ces résultats ne sont, d'ailleurs, qu'une confirmation de ceux qui ont été obtenus en Allemagne par Lehmann, von Gohren, Pommeritz et Weiske (1).

Les conclusions auxquelles est arrivé W. Edwards sont encore plus préjudiciables à la chaux phosphatée que celles qui ont été formulées par André Sanson ; elles établissent que cette substance est antinutritive, conséquence toute naturelle de son action anosmotique. Des expériences de ce physiologiste il résulte que « des chiens qui recevaient pour aliments de la viande, du sucre

(1) Voir *Gazette hebdomadaire*, 1874, 17 avril, p. 241, et *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1874, 30 août, p. 191.

et des os n'en arrivèrent pas moins à un véritable état rachitique (1). »

M. Chéry-Lestage, dans des expériences toutes récentes faites dans le laboratoire de chimie biologique de la Faculté, sous la direction du professeur A. Gautier, et qui sont d'une remarquable précision, a parfaitement mis en évidence cette action anosmotique du phosphate de chaux (2).

Ayant nourri pendant deux mois et demi des cobayes, les uns avec du son pur, les autres avec un mélange de son et de l'une des quatre substances suivantes : phosphate de chaux naturel, chlorhydro-phosphate de chaux, lacto-phosphate de chaux, glycéro-phosphate de chaux, M. Chéry-Lestage a observé que, tandis que le son pur élève, en deux mois et demi, de 167 grammes le poids des cobayes, ces animaux perdent dans le même temps : 58 grammes sous l'influence du chlorhydro-phosphate de chaux, 59 grammes sous l'influence du glycéro-phosphate de chaux, 62 grammes sous l'influence du phosphate de chaux naturel, 155 grammes sous l'influence du lacto-phosphate de chaux.

Le travail de M. Chéry-Lestage porte donc en lui un double enseignement : il montre d'abord que le phosphate de chaux, soluble ou insoluble, est un obstacle à l'accomplissement des actes nutritifs ; il montre ensuite que cette substance s'oppose à l'accomplissement de ces actes dans une mesure qui varie avec la forme sous laquelle elle se présente à l'organisme. Nous avons vu que cette mesure atteint son minimum avec le chlorhydro-phosphate de chaux et son maximum avec le lacto-phosphate de même base.

Ces résultats sont en parfait accord avec les données physico-chimiques que nous avons exposées plus haut en traçant l'histoire physiologique du phosphate de chaux ; d'autre part, ils ne font que confirmer ce que nous savons de l'action altérante des acides et des désordres nutritifs qui sont consécutifs à l'ingestion de l'acide lactique (3).

---

(1) A. Gautier, *Chimie appliquée*, t. I, p. 360.

(2) Chéry-Lestage, *Thèse inaugurale*, Paris, 1874, n° 358, et *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, 1874, 15 décembre, p. 523.

(3) « La médication acide est rarement utile et doit être employée avec une grande prudence, car l'excès des acides dans l'économie entraîne des dangers plus graves et surtout plus prompts que l'excès des alcalis. » (Mialhe, *Chimie appliquée*, p. 669.)

« A l'aide d'une alimentation légèrement acidifiée (acides urique, oxali-

Les phosphates calciques solubles, nous l'avons dit en commençant, sont des solutions acides ; les diverses préparations de ce genre expérimentées par M. Chéry-Lestage sont donc antinutritives à un double chef, et par le phosphate de chaux qu'elles renferment et par l'acide qui sert de dissolvant à ce principe minéral.

Étant considéré le faible degré d'absorption des voies digestives pour le phosphate de chaux, notre alimentation contient, relativement, un excès de ce principe ; aussi les fèces le recèlent-elles en assez grande abondance.

D'après nos analyses, 100 grammes d'excréments humains secs renferment en moyenne :

Acide phosphorique combiné à la chaux...	1g,590
Chaux....................................	2 ,070
Soit : phosphate de chaux.......	3g,660

A ce sujet, nous ferons remarquer que le degré de consistance des excréments intestinaux est en rapport direct, toutes choses égales d'ailleurs, avec la richesse de l'alimentation en chaux phosphatée. Les excréments des chiens, dans l'alimentation desquels les os entrent pour une large part, sont très-durs et très-blancs en même temps ; aussi ces matières, qui constituent l'*album græcum* des anciennes pharmacopées, et auxquelles la thérapeutique moderne a substitué la poudre d'os, étaient-elles employées autrefois comme antidiarrhéiques.

La pratique est toujours en avance de plusieurs siècles sur les explications de la science.

---

que, hippurique, à la dose de 10, 20, 30 centigrammes par jour) on produit très-rapidement, chez les animaux et chez l'homme, les différentes manifestations de l'herpétisme. » (Gigot-Suart, *De l'herpétisme.*)

« Des malades soumis au traitement de l'acide lactique n'ont pas tardé à présenter tous les signes du rachitisme ou de l'ostéomalacie. » (Docteur Forster.)

« Heitzmann a observé que des chiens ou des chats bien nourris, mais recevant dans leurs aliments une certaine quantité d'acide lactique libre, présentaient, au bout de quelque temps, les signes manifestes du rachitisme. » (A. Gautier, *Chimie appliquée*, t. II, p. 540, 541.)

« J'ai observé moi-même que l'addition de phosphate de chaux dissous dans un petit excès d'acide lactique n'est nullement favorable à l'ossification des jeunes animaux qui sont d'ailleurs rapidement pris de diarrhées, de dépérissement et meurent. » (A. Gautier, t. II, p. 541.)

Le phosphate de chaux, en raison de sa présence en excès dans l'alimentation, joue donc un double rôle dans la nutrition ; d'une part, il contribue, dans une faible mesure, à parer, avec les autres aliments, aux besoins de l'organisme ; d'autre part, il sert à donner aux excréments un certain degré de consistance.

Il est ainsi à la fois reconstituant et anosmotique, et, suivant la dose à laquelle il sera ingéré, son action sera plus ou moins marquée dans l'un ou l'autre sens.

Objections. — Mais comment expliquer, puisque la chaux phosphatée est absorbable en très-petites proportions, que les animaux en voie de développement puissent former leur squelette? que la femme, en état de grossesse, puisse pourvoir aux exigences de la gestation? que la femme qui nourrit puisse satisfaire aux dépenses de l'allaitement? que les fracturés puissent consolider leurs fractures? que les ostéomalaciques puissent reconstituer leur système osseux? que, à la suite des maladies à grande déglobulisation, les globules puissent se régénérer facilement? en un mot, que, dans les différents cas que nous venons d'énumérer, la chaux phosphatée puisse se fixer, au jour le jour, dans l'organisme en plus ou moins grande abondance?

La physiologie expérimentale va nous répondre.

Chossat, ayant nourri des pigeons avec des graines soigneusement dépouillées de carbonate de chaux, a vu ces animaux dépérir en même temps que leurs os devenaient fragiles.

Le même auteur a observé que, quand les jeunes animaux ne trouvent pas dans leurs aliments solides la somme de sels calcaires utiles à leur développement, ils en empruntent le complément aux aliments liquides, en augmentant instinctivement la quantité de leurs boissons.

M. Boussingault, en étudiant l'ossification chez les jeunes animaux, a confirmé expérimentalement l'observation de Chossat.

Or, remarquons que, si les eaux potables sont riches en carbonate calcaire, elles ne contiennent que des quantités infinitésimales de chaux phosphatée ; rappelons en même temps avec quelle avidité les oiseaux recherchent instinctivement le carbonate de chaux.

Que conclure de ces faits, sinon que le phosphate de chaux se forme dans l'organisme en grande partie, pour ne pas dire en totalité, par voie de double échange?

Tel est aussi l'avis du docteur Rabuteau (*Eléments de thérapeutique*, 1873, p. 356-357).

A cette formation concourent, d'une part, le carbonate de chaux ; d'autre part, les phosphates alcalins, et, sans nul doute aussi, le phosphate de fer du globule, ce phosphate étant, ainsi que nous l'avons établi dans nos études biologiques, le moins stable des cinq phosphates organiques.

« Lorsque nous voulons en zootechnie, dit le professeur Sanson, qui fait autorité en cette matière, hâter le développement du squelette, pour fabriquer, c'est le mot, des animaux précoces, ce n'est point aux préparations pharmaceutiques que nous avons recours pour augmenter, dans leur ration alimentaire, la proportion des éléments de phosphate de chaux nécessaire, l'expérience nous ayant démontré que ce serait en vain. Nous demandons le surcroît d'acide phosphorique assimilable, d'abord à un allaitement plus abondant et de meilleure qualité ; puis à l'addition, dans la ration alimentaire, d'une quantité suffisante de semences céréales, légumineuses ou oléagineuses (1). »

Or, si nous consultons la teneur minérale des trois espèces de semences précitées, nous constatons que les phosphates alcalins y sont prédominants; mentionnons, en passant, sauf à utiliser cette donnée plus tard, que, parmi les légumineuses, les pois, les haricots, les lentilles renferment deux fois plus de fer qu'un même poids de viande.

On comprend maintenant comment l'organisme sait parfaire, quand il en est besoin, ses approvisionnements en chaux phosphatée.

Une autre objection se présente : Comment expliquer la présence, en assez grande quantité, de la chaux phosphatée dans les urines, puisque ce sel n'est absorbable qu'en très-minimes proportions, puisque nos tissus, le système osseux à part, n'en contiennent, pour ainsi dire, que des traces, puisque le sang veineux, véhicule des déchets nutritifs, n'en charrie qu'une quantité insignifiante? D'où vient cet excès de chaux phosphatée dans les urines?

Viendrait-il du mouvement nutritif du système osseux, et le phosphate de chaux désassimilé serait-il expulsé par les urines au fur et à mesure de sa mise en liberté par les os? Mais le mou-

---

(1) Voir à ce sujet son mémoire sur la théorie du développement précoce des animaux domestiques, *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, de Ch. Robin, février 1872.

vement nutritif du système osseux n'a d'activité que dans la période de développement du squelette; encore, à ce moment, n'est-il accentué que dans un sens : celui de l'assimilation.

Ainsi, l'enfant ne rejette par les urines que très-peu de chaux phosphatée; il s'écoule un mois ou deux avant que ce sel apparaisse dans ses urines, d'après Nathalis Guillot; Hunfeld n'en a pas trouvé dans les urines d'un enfant de neuf mois.

Quant au système osseux, considéré à l'âge adulte, il ne présente, les cas pathologiques qui peuvent l'affecter étant écartés, presque aucun caractère de vitalité.

Les phénomènes nutritifs y sont, pour ainsi dire, insensibles, presque nuls; et comment en serait-il autrement? Le squelette, une fois formé, n'a plus de transaction à opérer; il est à la machine animale ce que le tronc est à l'arbre qui a atteint son maximum de développement : c'est un organe de sustentation. A cette période, les cellules osseuses ne vivent plus que d'une vie latente, prêtes, toutefois, à sortir de leur léthargie pour évoluer, soit dans un sens réparateur, soit dans un sens pathologique.

Un chimiste, poëte très-distingué, a comparé le système osseux à une sorte de réservoir où le phosphate de chaux viendrait incessamment s'emmagasiner pour, de là, se porter incessamment dans tous les départements de l'organisme et les dynamiser.

Mais, si indulgente que soit la science pour les poëtes, elle ne donne pas toujours raison à la poésie : le système osseux n'est, pour ainsi dire, qu'un support inerte d'éléments vivants; n'y cherchons pas autre chose. Quant au phosphate de chaux considéré isolément, nous avons vu le modeste rôle qu'il joue dans l'organisme.

Ainsi, l'excès de phosphate de chaux des urines ne provient pas du mouvement nutritif du système osseux.

Or, puisque le phosphate de chaux urinaire ne provient ni des produits de l'assimilation, ni de ceux de la désassimilation, nous sommes obligés de conclure qu'il se forme dans la vessie, par voie de double échange ; c'est ce qui a lieu en effet.

A cette formation concourent trois facteurs :

1° L'excès des sels calcaires non phosphatés, que l'alimentation, l'eau des boissons surtout, introduit dans la circulation, et que les voies digestives absorbent avec une grande facilité, surtout à l'état de jeûne.

2° Les sels calcaires, non phosphatés, qui proviennent du

travail de la désassimilation. Nous avons vu que cette espèce de sels existe relativement en assez grande abondance, et dans le sang artériel et dans le sang veineux.

3° Dernier facteur, les phosphates alcalins. (Les phosphates terreux, accumulés dans la bile, se forment dans la vésicule biliaire de la même façon que se forment, dans la vessie, ceux qui sont accumulés dans les urines.)

L'expérimentation physiologique nous a donné la preuve que le phosphate de chaux des urines est un produit de formation intra-vésicale ou, pour être plus exact, qui se forme, en majeure partie, dans la vessie, ainsi que nous l'avons exposé.

Le sujet de nos expériences est une femme, âgée de trente ans environ, pesant 60 kilogrammes, et d'un appétit moyen.

Pendant toute la durée de l'expérimentation, qui a été divisée en quatre périodes de cinq jours chacune, elle a été soumise à un régime alimentaire, sensiblement uniforme, qui s'est composé de viandes et de légumes.

Chacune des analyses, dont suivent les résultats, a porté sur la totalité des urines émises en vingt-quatre heures.

Après avoir déterminé la moyenne d'élimination du phosphate de chaux urinaire sous l'influence du régime alimentaire ordinaire, nous avons recherché successivement les modifications apportées dans la teneur phosphatée calcique des urines, par l'ingestion supplémentaire, d'abord d'un phosphate alcalin, puis d'un sel organique de chaux, enfin de ces deux sels réunis.

De nos analyses, il résulte que la quantité de chaux phosphatée s'est élevée progressivement dans les urines, d'une période à l'autre, de 0,90 à 1,09, puis à 1,37, enfin à 2,39. Chacun de ces chiffres représente la quantité moyenne de phosphate de chaux éliminée quotidiennement dans chaque période de l'expérimentation. Voici les résultats de nos analyses :

PREMIÈRE PÉRIODE.

Détermination de la quantité de phosphate de chaux éliminé sous l'influence de l'alimentation ordinaire.

Jours.	Quantité d'urine émise en 24 heures.	Phosphate de chaux qu'elle renferme.	Acide phosphorique total de l'urine.
1	780	0.75	2.180
2	860	0.90	2.210
3	900	1.00	1.990
4	840	0.80	1.890
5	930	1.05	2.085
	Total...	4.50	

Phosphate de chaux : moyenne 0.90.

DEUXIÈME PÉRIODE.

Addition, à la ration alimentaire de chaque repas, de 1 gramme de phosphate de soude cristallisé, contenant par gramme 20 centigrammes d'acide phosphorique, soit pour 2 grammes : 40 centigrammes.

Jours.	Quantité d'urine émise en 24 heures.	Phosphate de chaux qu'elle renferme.	Acide phosphorique total de l'urine.
6	950	1.00	2.210
7	1.080	1.20	2 240
8	1.050	1.05	2.215
9	1.200	0.95	2.225
10	1.140	1.25	2.235
	Total...	5.45	

Phosphate de chaux : moyenne 1.09.

Nota. — Sous l'influence diurétique du phosphate de soude, les boissons ont été prises en plus grande abondance.

TROISIÈME PÉRIODE.

Ingestion, à chaque repas, de 1 gramme d'acétate de chaux contenant 35 centigrammes de chaux, soit pour 2 grammes : 70 centigrammes.

Jours.	Quantité d'urine émise en 24 heures.	Phosphate de chaux qu'elle renferme.	Acide phosphorique total de l'urine.
11	1.025	1.55	2.220
12	980	1.35	2.160
13	1.015	1.40	2.205
14	950	1.30	1.185
15	980	1.25	1.190
	Total...	6.85	

Phosphate de chaux : moyenne 1.37.

QUATRIÈME PÉRIODE.

Ingestion de 2 grammes de phosphate de soude au repas de midi et de 2 grammes d'acétate de chaux au repas du soir.

Jours.	Quantité d'urine émise en 24 heures.	Phosphate de chaux qu'elle renferme.	Acide phosphorique total de l'urine.
16	1.200	2.05	2.180
17	1.240	2.55	2.190
18	1.180	2.40	2.280
19	1.250	2.20	2.275
20	1.280	2.70	2.215
	Total...	11.93	

Phosphate de chaux : moyenne 2.39.

Mais dans les différents cas physiologiques et pathologiques que nous avons cités plus haut, où l'organisme a besoin, à courte échéance, de quantités relativement assez considérables de chaux phosphatée, ne peut-il pas y avoir utilité à lui présenter cette substance condensée sous forme de solution artificielle? C'est dans cette pensée que la chaux phosphatée a été tourmentée de tant de façons diverses et qu'ont été élaborées les préparations solubles

de phosphate de chaux, si bien qu'elles se sont multipliées comme les pains de l'Évangile.

Mais les expériences de Chossat et de Boussingault ne nous ont-elles pas appris que l'économie fabrique sa chaux phosphatée par voie de double échange, et qu'elle sait augmenter le rendement de ce produit en raison directe de ses besoins? Les expériences de Lehmann, de Von Gohren, de Pommeritz de Weiske, d'André Sanson, de W. Edwards, de Chéry-Lestage, d'Armand Gautier, n'ont-elles pas jugé, sans appel, la valeur de cette thérapeutique à poigne, qui consiste à introduire de vive force de la chaux phosphatée dans l'organisme?

Ces expériences n'ont-elles pas démontré d'abord que l'organisme y est rebelle, ensuite qu'il ne peut qu'en souffrir ?

Chéry-Lestage, W. Edwards, Armand Gautier, n'ont-ils pas constaté que les jeunes animaux soumis à un régime phosphaté calcique artificiel sont entravés dans leur développement? Les promoteurs, eux-mêmes, des chaux phosphatées solubles n'ont-ils pas dû s'incliner devant les protestations de la physiologie? Et la preuve, c'est qu'ils n'ont pas tardé à incorporer du fer dans leurs produits.

Les chaux phosphatées étaient tirées, il fallait les boire; de telle sorte qu'à la suite des solutions phosphatées calciques ordinaires, nous avons vu apparaître les solutions phosphatées calciques extraordinaires, les chaux phosphatées bardées de fer, les solutions cuirassées; cela s'appelle *la carte forcée*. Mais toutes martiales que sont ces solutions, elles n'en demeurent pas moins des engins plutôt utilisables contre l'organisme qu'à son profit.

Cependant ces solutions comptent à leur actif des observations qui affirment leur efficacité; nul doute qu'elles aient été efficaces dans plus d'un cas; le nier serait nier l'utilité des acides en thérapeutique. La constitution des chaux phosphatées solubles explique comment et dans quel cas ces solutions peuvent agir; elles agissent en tant qu'acides. Quant à la chaux qu'elles renferment, elle n'a aucune part dans leur mode d'action, et, partant, n'a aucun droit aux succès qui lui sont attribués.

Que, dans le cas où la médication acide peut être indiquée, on expérimente parallèlement ces solutions d'une part, la citronnade et l'orangeade d'autre part, et l'expérimentation conclura en faveur du citron et de l'orange.

Quant aux indications de la médication acide et aux inconvénients graves qu'il peut y avoir à jeter inutilement des acides à travers l'organisme, surtout à en continuer longtemps l'emploi, nous n'avons pas à nous en occuper ici.

Nous nous résumons et nous concluons :

1° Le phosphate de chaux n'est absorbable qu'en très-petite proportion ;

2° L'organisme n'en consomme, en général, que fort peu ;

3° La circulation n'en charrie que des quantités insignifiantes ; nos tissus, les os exceptés, n'en contiennent, pour ainsi dire, que des traces ;

4° La chaux pénètre dans l'organisme sous deux états : en petite quantité, sous forme de biphosphate, en proportion assez notable sous forme de sels non phosphatés. Une partie de ces sels non phosphatés préexiste dans les aliments (carbonate de chaux) ; l'autre partie est un des produits de la décomposition du phosphate de chaux alimentaire par les acides de la digestion (chlorure de calcium, lactate de chaux, etc.) ;

5° L'économie fabrique sa chaux phosphatée par voie du double échange et trouve dans l'alimentation tous les éléments nécessaires pour augmenter, suivant ses besoins, la production de cette substance ;

6° Le phosphate de chaux des urines est, en majeure partie, un produit de formation intravésicale ; la totalité du phosphate de chaux des urines n'est donc pas un produit direct de désassimilation. Aussi le chiffre indiqué par les auteurs qui n'ont pas tenu compte de cette donnée comme représentant normalement la somme moyenne de phosphate calcique désassimilé est-il entaché d'une très-sensible erreur ;

7° Les chaux phosphatées artificielles, solubles ou non solubles, sont rejetées par les voies excrémentitielles sans être utilisées ;

8° L'addition de ces chaux phosphatées dans le régime alimentaire est un obstacle à la nutrition ;

9° Les préparations solubles de chaux phosphatées agissent comme principes acides.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Réflexions sur la pneumonie et sur son traitement à propos d'une épidémie de bronchite et broncho-pneumonie (1) ;

Par le docteur DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DE L'AFFECTION.

Bien que la pneumonie ait régné d'une manière très-générale et tout à fait inusitée, la bronchite a été aussi très-fréquente, et nous avons observé que, quoique l'inflammation pulmonaire fût pareillement spontanée, elle ne survenait souvent que comme complication ou extension de la première affection, qui avait été gagnée dans le passage d'une insolation ou du chaud au froid. Maintes fois c'était à la suite de ces causes répétées que survenait la pneumonie; mais il n'est pas moins vrai que dans les autres années, où la bronchite a été tout autant ou même plus fréquente, la complication de la pneumonie n'était qu'une rare exception.

Ce qui caractérisait surtout la maladie, c'est que les symptômes locaux n'étaient pas en rapport avec les manifestations générales. Ainsi la dyspnée, même l'orthopnée, l'élévation de la chaleur et du pouls étaient souvent extrêmes, les crachements de sang abondants, et cependant on ne constatait que peu de matité, du râle crépitant mêlé des râles muqueux disséminés ou par points isolés ; jamais du souffle bronchique annonçant une hépatisation étendue ou compacte. Chez un malheureux qu'on apporta à l'hôpital avec un subdélirium et n'ayant nulle conscience de son état, vraiment ataxique, à peine trouvait-on quelques râles muqueux et crépitants disséminés dans le poumon gauche, comme on pourra le voir dans son observation.

Les crachats n'étaient jamais arrondis, petits, safranés, rouillés, mais allongés, filants, striés de sang ou presque entièrement sanguinolents, comme dans certaines hémoptysies légères. La toux

---

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

était ordinairement fréquente et souvent par quintes fatigantes; tandis que dans la pneumonie franche et accidentelle, elle est courte, isolée et assez rare.

Le point de côté se montrait, presque toujours, sans trop de violence; il cessait même d'ordinaire aux premiers effets médicateurs et surtout purgatifs, pour reparaître quelquefois et persister alors même que la phlegmasie pulmonaire paraissait réduite.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

Obs. I. *Bronchite suraiguë.* — Une femme de vingt-cinq ans, petite, mais forte de constitution, est prise de toux depuis quelques jours, s'alite et me fait appeler. Je la trouve avec une toux incessante, des crachats abondants et filants, avec une fièvre ardente. La figure est vultueuse, turgescente, les yeux injectés, saillants; la respiration précipitée, anxieuse, orthopnéique, s'agitant dans son lit, qu'elle bouleverse, ne pouvant tenir en place, et toujours assise ou courbée en avant. Toute la poitrine est sonore à la percussion et l'oreille entend partout des râles muqueux, tantôt fins, tantôt à grosses bulles, avec toutes sortes de bruits musicaux secs ou humides (potion avec eau de laitue, 120 grammes; kermès minéral, 1 gramme; extrait de digitale, 15 centigrammes, et 60 grammes de sirop d'ipéca). Plusieurs vomissements, mais pas de selles.

Le soir, abattement. La malade peut rester couchée, partant plus d'orthopnée, beaucoup moins de fréquence dans la toux, crachats plus rares et plus faciles; peau halitueuse, mais brûlante; facies toujours fort rouge. Le pouls, de 130, est cependant descendu à 120, et est plus souple et plus réduit.

Le lendemain, même état de la fièvre; toux plus fréquente que le soir; respiration précipitée, anxieuse, tendant au retour de l'orthopnée; pas de selles. J'ordonne de prendre dans la matinée, dans deux ou trois bols de tisane béchique, la mixture suivante purgative (huile de ricin, sirop de chicorée composé *aa*, 60 grammes), et de reprendre dans l'après-midi la même potion que la veille. Dès lors, selles abondantes et répétées; pouls à 108; douce moiteur, toux moins pénible et plus rare; crachats faciles, respiration encore fréquente, mais tranquille.

Le troisième jour, après quelques heures de sommeil, la reprise de la potion amène quelques vomissements, et les selles provoquées par la potion huileuse continuent sous l'influence du kermès, et, sous cette action diacritique persévérante, le pouls tombe successivement à 100, 90, 88. La toux et l'expectoration diminuent dans les mêmes proportions de concordance. Enfin, au huitième jour, je fais cesser tout remède perturbateur; j'ordonne du lait alternant avec des bouillons toutes les trois heures; encore de la tisane abondamment, quelques cuillerées de sirop

thébaïque; je recommande une alimentation douce et lentement progressive et cesse mes visites. N'est-ce pas le cas de dire plus justement, comme le disait Sydenham pour les saignées: «Je tire par les selles les crachats de mes pneumoniques ? »

Obs. II. *Broncho-pneumonie* ou *bronchite aiguë mêlée d'un point pneumonié.* — Une dame d'une cinquantaine d'années, catarrheuse, ayant déjà éprouvé des atteintes graves de bronchite, après quelques jours d'enchifrènement, de rhume, qu'elle ne soigne pas, est prise d'une toux violente avec suffocation, orthopnée. Sa figure est vultueuse, exprimant la plus vive souffrance; la langue est violacée par les effets de la congestion qu'amène la toux. Le pouls est très-fréquent, petit, serré; la peau froide, suante. La poitrine est sonore, sans l'être trop, tandis que, en bas et à gauche, où elle ressent quelque douleur, on constate une légère obscurité. L'auscultation fait entendre tous les râles, surtout humides et à grosses bulles, et le murmure vésiculaire n'est appréciable que sur certains points. En bas et à gauche, où se montre la matité, on entendait à la fois des râles à grosses bulles et des crépitations éloignées. Les crachats sont difficiles à arracher et n'arrivent qu'après des toux violentes et répétées. Ils sont filants et quelquefois striés de sang (potion kermétisée et digitalisée, avec ipéca, *ut suprà;* boissons abondantes chaudes, diète absolue et recommandation de tenir les bras sous les couvertures élevées jusqu'au menton).

La malade vomit et évacua en même temps abondamment tout le jour et bien avant dans la nuit, après quoi elle fut beaucoup plus calme et dormit quelques heures. Elle se crut guérie et se dispensa de la potion que je voulais lui faire renouveler. J'eus beau lui dire que la maladie n'était pas finie, qu'elle n'était que comprimée sous les effets des remèdes et qu'elle reparaîtrait bientôt avec tout le cortége de ses symptômes, elle n'en crut rien, et le surlendemain, elle fut presque dans le même état que la première fois. Force lui fut alors de reprendre la potion, qui produisit les mêmes effets diacritiques, et ceux-ci la même amélioration; amélioration qui ne se soutint qu'en continuant à doses décroissantes, successivement plus éloignées, le kermès digitalisé, les boissons et la diète.

Obs. III. *Pneumonie.* — Une femme du village de Corbière, âgée de soixante-seize ans, qui avait eu deux ans auparavant une bronchite grave dont elle s'était tirée avec peine, est prise tout à coup de pneumonie pendant l'hiver de 1875. Douleur au côté droit, matité, râle crépitant, crachats fortement teints de sang, fièvre. Je lui prescris la potion kermétisée, digitalisée, avec sirop d'ipéca. Elle vomit et vint à la selle prodigieusement, bien qu'on eût suspendu la potion après en avoir donné la moitié. Aussi me dépêcha-t-on un porteur pour me dire que la malade était au plus

mal et qu'on la croyait empoisonnée. Je les rassurai et lui prescrivis d'achever le remède, en en éloignant les cuillerées de trois heures en trois heures. L'effet nauséeux continua ainsi que l'action purgative. Deux jours après, la malade se plaignait d'une faiblesse extrême ; elle croyait sa dernière heure arrivée ; mais, plus de crachats, presque plus de toux, aucune matité, retour manifeste du murmure vésiculaire, même plus de fièvre. Je conseillai encore cependant de la tisane en abondance, un peu de bouillon alternant avec du lait coupé toutes les trois heures. Cette guérison si rapide ne s'est pas démentie, et cette bonne vieille se porte encore aujourd'hui aussi bien que possible.

Obs. IV. — A peu près à la même époque, un ancien gendarme, grand et maigre, âgé de soixante-dix-huit ans, est pris subitement d'un point de côté, avec fièvre ardente, crachement de sang abondant et presque pur, ressemblant à des crachats hémoptoïques longs et filants. Le malade est très-rouge ; la peau brûlante, le pouls élevé, fort et résistant. Je lui donne la potion qui amène des vomissements, et surtout des selles fréquentes et abondantes, à ce point qu'il en inonde son lit. Le lendemain, plus de sang dans les crachats ; l'état phlegmasique du poumon, qui présentait à la base, du côté droit, de la matité et du râle crépitant, se résout, et quelques jours de diète et de boissons émollientes suffisent pour abattre la fièvre, amener la convalescence, et la guérison entière le cinquième jour, où je cesse mes visites.

Obs. V. *Broncho-pneumonie.* — Une dame de trente-neuf ans, de faible constitution, grande et maigre, après une longue promenade au soleil dans les champs, où elle avait eu chaud et s'était un peu allégée de vêtements, est prise de toux quinteuse et de quelques mouvements fébriles ; puis un point douloureux se manifeste au-dessous des fausses côtes du côté droit. Ce fut alors que je fus appelé et je constate : son obscur à la base du poumon, râle crépitant, fin et disséminé. Dans tout le reste de la poitrine, râle muqueux, quelques crachats difficiles et parfois striés de sang. Je diagnostique une bronchite générale, compliquée de pneumonie à la base du poumon droit, avec inflammation de la plèvre diaphragmatique. Je prescris la potion kermétisée avec digitale et épica, toujours avec force boissons, et un sinapisme sur le point douloureux. Mais, malgré des vomissements répétés et fatigants, dont se plaint la malade, pas de selles ; malgré l'apparition des menstrues, la fièvre continue ; le point de côté, qui avait un peu cédé, se réveille et la toux persiste. J'attends pour donner le purgatif huileux, afin de respecter l'évacuation cataméniale et en observer les effets, lorsque tous les symptômes semblent s'aggraver. Je n'hésite plus alors à donner la purgation, qui, après huit selles abondantes, amène un abaissement du pouls, et avec lui tous les autres phénomènes morbides. Aussi,

deux jours après la reprise de la potion kermétisée, plus de fièvre, toux rare, convalescence assurée. Je trace un régime léger et progressif et cesse mes visites.

Obs. VI. *Broncho-pneumonie.* — Le 27 février 1875, je suis appelé pour un tonnelier âgé de trente-sept ans, fortement constitué, très-robuste, malheureusement adonné aux liqueurs alcooliques. Cet homme, que je connaissais depuis longtemps, est excessivement dur de constitution, dormant au chaud comme au froid, marchant par tous les temps et toutes les intempéries; mais ayant eu, disait-il, il y a quelques années, une pneumonie ou une pleurésie (il n'a pu préciser), et depuis assez longtemps catarrheux, car le matin, en se levant, il expectorait beaucoup de mucosités filantes. Or, outre que cet état catarrheux qui peut être en même temps stomacal, comme le pensent quelques observateurs au sujet des individus alcooliques, il toussait plus particulièrement depuis quelques jours, lorsqu'il fut pris de fièvre, de douleur au côté gauche et me fit appeler.

La percution m'ayant dévoilé de la matité au bas du thorax, du râle crépitant au même point et du râle muqueux dans le reste de la poitrine, je pronostiquai une broncho-pneumonie et ordonnai la potion kermétisée, digitalisée, avec ipéca, une cuillerée à bouche toutes les heures, et, dans l'intervalle, deux grands bols de tisane béchique miellée.

Malheureusement, le malade ne buvait pas assez et la potion donna plus de vomiturition que de vomissements, et surtout presque pas de selles. Le lendemain, la maladie fut plus accentuée, les crachats furent plus sanguinolents, la matité plus étendue, ainsi que le râle crépitant; douleur persistante, insomnie, fièvre toujours forte; pouls à 112, 110, cependant pas très-élevé; chaleur mordicante, urines très-rouges. Peu satisfait des évacuations produites, je substitue le tartre stibié au kermès, 35 centigrammes. Le reste *ut suprà*.

Par ce changement du sel antimonial, les évacuations d'en haut et d'en bas furent fréquentes et abondantes. Aussi, le jour suivant, la sédation fut évidente; moins de toux, à peine quelques crachats sanguinoleuts; râle crépitant plus limité en bas; râles muqueux moins étendus et moins bruyants; pouls plus petit, réduit à 94, 98; moins de chaleur, un peu de moiteur; moins d'agitation et de tournoiement dans son lit, même un peu d'abattement. La matinée du cinquième jour se passe assez bien; mais plus d'évacuations, et le soir le pouls était remonté à 108, 110; le regard était devenu ardent, fixe; un peu de rêvasseries, du délire même toute la nuit.

Le sixième jour, même état, pas de selles depuis vingt-quatre heures, malgré la potion stibiée et digitalisée, les urines toujours rouges et rares. Ne pouvant plus compter sur le tartre stibié pour réveiller les évacuations intestinales, puisque sa tolérance était établie, j'ordonne à prendre, en deux fois, dans deux grands bols

de tisane, la mixture huileuse : huile de ricin et sirop de chicorée composé, de chacun 60 grammes.

Toute la journée et même la nuit les selles sont incessantes, aussi le lendemain, septième jour, le pouls fut petit à 83, plus de crachats sanguinolents, simplement muqueux et rares, peau fraîche et souple, mais figure abattue, encore un peu de rêvasseries. Je craignis que ces évacuations très-abondantes n'eussent trop affaibli ce malade et que, à cause de ses habitudes alcooliques si complétement et tout à coup supprimées, l'ataxie ne survînt, comme j'en ai vu maints exemples. Je conseillai donc quelques cuillerées de vin de Bordeaux et de la tisane émolliente, mais le soir, la chaleur, la fréquence du pouls, son développement augmentèrent, je cessai le vin. Cependant l'auscultation accusait le retour de l'expansion vésiculaire et de quelques râles crépitants faibles et disséminés ; la douleur du côté avait cessé depuis deux jours, mais la légère stupeur du malade pouvait en obscurcir la sensation, comme le prouvera, entre autres, l'observation suivante.

Le huitième jour au matin, après avoir passé assez bonne nuit et avoir dormi la plupart du temps, le pouls était réduit et tranquille (84). Le malade, disait-il, se trouvait d'une faiblesse extrême, sa peau était fraîche, sa toux insignifiante, son facies naturel, sa respiration calme, le murmure vésiculaire rétabli, je permis quelques cuillerées de bouillon toutes les deux heures et dans l'intervalle de la tisane et un peu de vin trempé. Mais au premier bouillon, la fièvre augmenta et la femme du malade jugea à propos de les supprimer et de se borner à la tisane. En effet le malade se plaignit du retour de la douleur ; le pouls, quoique toujours réduit, accusait 96 pulsations et la peau plus de chaleur, la respiration vésiculaire était moins manifeste. J'ordonnai alors un sinapisme sur le côté et pour combattre cette persistance de la fièvre une potion à la digitale et à la scille seulement (eau de laitue, 120 grammes ; extrait hydro-alcoolique de digitale 20 centigrammes ; sirop de scille (60 grammes) tisane abondamment, ce que le malade n'exécuta jamais.

Dans l'espace de deux jours il fut de mieux en mieux, tous les phénomènes d'amélioration s'harmonisèrent progressivement, sans cependant lui avoir permis encore la moindre nourriture, lorsqu'au douzième jour, je crus la convalescence assurée et devoir lui faire ma dernière visite pour lui tracer son régime alimentaire, mais je ne trouvai plus mon malade. Sa femme me dit que, bon gré, mal gré, il était parti pour une affaire au-delà de Valensole, c'est-à-dire pour un voyage d'une soixantaine de kilomètres. Je me plaignis beaucoup de cette imprudence, quoiqu'on m'eût dit qu'il était parti dans une voiture et bien couvert. Mais qu'avait-il pris avant de partir, que mangera-t-il dans son voyage ? Je ne l'ai jamais su. Cependant il fit très-bravement cette longue course sans accidents ni inconvénients, et témoignait ainsi, une fois de plus, de la force de son caractère et de la dureté

de sa constitution, car il s'est porté depuis à merveille, et s'est corrigé de ses habitudes alcooliques.

Obs. VII. *Pneumonie ataxo-adynamique.* — Dans le courant de janvier, on apporte à l'hôpital de Manosque un malheureux, qu'on avait trouvé gisant sur le grand chemin. Il est âgé de vingt-huit ans, fortement muselé et paraissant robuste, mais on ne peut tirer de lui aucune parole, tant il est absorbé et comateux. Toutefois, il crache abondamment sur son lit, au mur, partout, sans pouvoir lui faire entendre raison. Ses crachats sont visqueux, jus de pruneau; il se couche toujours sur le côté gauche. Son pouls est fréquent et petit, sa peau peu chaude d'autant qu'on ne peut le tenir couvert, mais sa figure est rouge, ses yeux injectés. Je le fais soulever par l'infirmier et je trouve tout le côté gauche légèrement mat avec des râles crépitants et muqueux parsemés. Il n'accuse aucune douleur et n'aspire qu'à rester tranquille. Il faut le sortir de sa stupeur et le violenter pour le faire boire, bien que, lorsqu'il est livré à lui-même, il veuille sortir de son lit, qu'il se tienne toujours du côté gauche et presque sens dessus dessous. Je lui donne la potion kermétisée, mais sans digitale et avec du vin d'ipéca. Ce remède ne produit aucun vomissement et quelques selles seulement, sans modifier en rien l'état général et de la poitrine; même le pouls devient de plus en plus petit, presque insensible, la peau presque froide. Je lui prescris une potion alcoolisée et musquée, sinapismes aux jambes promenés soir et matin, boissons chaudes. Après deux jours de ce traitement, il semble un peu plus éveillé et tranquille, mais les crachats, quoique moins abondants, sont toujours jus de pruneau, le pouls encore misérable, l'état du poumon gauche à peu près le même. Néanmoins il demeure quelquefois sur le décubitus. Je fais continuer la potion alcoolisée sans muse, et après trois nouveaux jours le pouls se relève, la physionomie se réveille mieux, la matité a entièrement disparu au côté gauche, les râles sont remplacés par le murmure vésiculaire et je prescris quelques bouillons ainsi que quelques cuillerées toujours de la potion alcoolique. La convalescence reste ainsi quelques jours encore à se bien dessiner, car ce ne fut que cinq jours après que le malade réclama lui-même un peu de nourriture. Il la supporta cependant, mais légère et progressive, et ce malade finit par sortir entièrement guéri.

Obs. VIII. *Broncho-pneumonie œdémateuse.*— Une femme de quatre-vingt-trois ans, maigre et sèche de constitution, mais encore fort robuste et ingambe, ayant présenté toute sa vie cette particularité, que la moindre parcelle d'opium lui occasionnait une éruption ortiée, est prise de toux quinteuse, de douleur à la partie postérieure et inférieure du côté droit de la poitrine et me fait appeler. Son pouls est à 100 pulsations, la respiration très-fréquente, anxieuse, souvent orthopnéique. Ses crachats sont dif-

ficiles et quelques-uns striés de sang. La poitrine n'a pas de point mat déterminé, mais le côté droit est moins sonore que le gauche, où la respiration vésiculaire semble exagérée. Dans le droit on entend en haut comme en bas des râles muqueux, sur tous les tons et à toutes les gammes, un peu de râle crépitant disséminé, mais plus sensible, sous le scapulum droit, où l'on entend également un peu de souffle bronchique. Je diagnostique une hypérémie tant bronchique que parenchymateuse, avec œdème, et j'ordonne la potion kermétisée et digitalisée avec sirop de scille et force tisane chaude, dont elle boit fort peu.

Cependant la potion procure quelques vomissements, plusieurs selles et facilite les crachats, si bien que le troisième jour la malade se sent bien, la fièvre tombe, la respiration est facile, l'auscultation ne perçoit plus que quelques râles muqueux isolés et l'expansion pulmonaire est manifeste. Elle ne veut plus la potion même à doses éloignées, refuse la tisane et réclame, à cor et à cris, du bouillon. Ses parents insistent aussi pour lui donner quelque nourriture à cause de son âge, elle prend des bouillons, des soupes, même une côtelette, pendant les quelques jours que je cesse de la voir.

Elle veut se lever et se lève pendant deux jours dans une grande cuisine froide, retombe après ces imprudences dans son premier état et me réclame de nouveau : nouvelle potion, nouvelle amélioration, mais aussitôt nouveau refus de remèdes et nouvelle alimentation. Enfin elle est reprise après quelques jours de ses mêmes accidents thoraciques et cette troisième fois, elle succombe dans une lente et progressive asphyxie, ayant épuisé toutes les forces réactionnelles de son organisme.

(La fin au prochain numéro.)

PHARMACOLOGIE

Sur la composition de l'extrait de feuilles de noyer et sur l'alcaloïde (juglandine) qu'il renferme;

Par M. Charles Tanret, pharmacien à Troyes.

L'article de M. Luton m'ayant suggéré l'idée de rechercher quel pourrait bien être (en plus du tannin) le principe actif des feuilles de noyer, j'ai été assez heureux pour isoler un alcaloïde que j'ai appelé *juglandine*, quoique déjà ce nom ait été donné à un produit non défini retiré du brou de noix. Cet alcaloïde, cristallisé en longues aiguilles, est assez soluble dans l'eau et beaucoup plus dans l'alcool, l'éther et le chloroforme. Ce qui le

caractérise est la rapidité avec laquelle il s'altère à l'air, à ce point que si on y laisse évaporer sa solution chloroformique, en même temps que la liqueur brunit, il se dépose des cristaux de plus en plus colorés. N'ayant cherché cet alcaloïde que dans les feuilles sèches de l'année dernière, je n'ai pu en retirer qu'une petite quantité, ce que j'attribue à une modification qu'il aura sans doute subie sous l'influence prolongée de l'air. J'espère en obtenir davantage en opérant sur des feuilles fraîches, ce que je ferai quand le moment de les récolter sera venu. Alors aussi il me sera possible d'approfondir l'étude de ce nouveau corps.

La juglandine se trouve combinée dans les feuilles de noyer avec une grande quantité d'un tannin qui donne avec les persels de fer un précipité brun noirâtre. Cette combinaison est ce dépôt d'apparence résineuse qui se forme quand on évapore la liqueur provenant du traitement alcoolique des feuilles de noyer ; il est alors mélangé de chlorophylle. Si on admet que les vertus du noyer sont dues au tannin et à la juglandine (ce qui, cependant, n'est pas encore démontré pour cette dernière), connaissant les propriétés de ces deux corps, on pourra obtenir un extrait contenant inaltérés les principes actifs des feuilles de noyer.

On sait que le tannin et ses congénères sont des corps dont les solutions sont très-altérables à l'air ; la juglandine l'est encore davantage. Le composé de tannin et d'alcaloïde, qui constitue le dépôt dont il a été question, est peu soluble dans l'eau froide, et les liqueurs obtenues par décoction des feuilles de noyer en contiennent plus que par l'infusion, ainsi que je l'ai vérifié en le précipitant par un acide (il est presque insoluble dans un liquide acidulé) ; mais on en obtient encore plus par un traitement alcoolique. Si donc on fait évaporer à l'air libre la grande masse de liquide qui provient soit de l'infusion, soit de la décoction de noyer, l'opération devant nécessairement durer longtemps, on court risque de n'obtenir ainsi qu'un produit peu actif ; tandis que si on fait un extrait alcoolique, l'évaporation ayant été en grande partie faite par la distillation pour retirer l'alcool, il ne restera plus qu'une petite quantité de liqueurs qu'on pourra sans inconvénient terminer d'évaporer à l'air libre. Je reconnais que M. Luton s'est servi d'un excellent produit en choisissant l'extrait Grandval évaporé dans le vide, mais il eût pu être encore meilleur, selon moi, s'il eût été préparé au moyen de l'alcool. Comme il faut un outillage spécial pour les évaporations dans le vide, ce qui les

rend impossibles dans la plupart des officines, et que, du reste, grâce au peu de temps nécessaire pour la concentration à l'air libre de la liqueur provenant du traitement par l'alcool, une altération de l'extrait paraît devoir être peu possible, je pense que c'est l'extrait alcoolique qui devra avoir la préférence.

L'extrait de feuilles de noyer n'est pas rangé parmi les extraits du Codex ; en conséquence, comme il peut exister une grande latitude pour son genre de préparation, il serait bon que les médecins qui voudront l'employer spécifiassent dans leurs formules : « extrait alcoolique. »

Enfin, j'ajouterai que pour préparer cet extrait on devra se servir d'alcool à 50 degrés et de feuilles de noyer récemment séchées.

CORRESPONDANCE

Sur l'efficacité des exutoires dans le traitement de certaines formes d'affections cérébrales.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

On se rappelle encore la mémorable discussion sur le séton (séances de l'Académie de médecine du 23 octobre 1855 et suivantes) et la charge à fond de train exécutée par le savant et fougueux Malgaigne contre les exutoires : « La nature en prend si bien l'habitude, disait l'éloquent orateur, que l'action en devient aussi nulle que celle des boucles d'oreilles. » Et, dans tout le cours de la discussion, il s'attacha à prêcher la vanité des divers procédés de révulsion. Sans doute, il ne manqua pas de contradicteurs dans le docte aréopage, et, deux ans après, M. Chrestien, agrégé à la Faculté de Montpellier, crut devoir relever le gant et n'hésita pas à défendre vigoureusement les révulsifs en général, et les cautères en particulier, contre les terribles attaques de M. Malgaigne.

En résumant les cas dans lesquels les cautères sont certainement utiles, l'auteur cite, parmi les maladies de la tête, l'épilepsie, l'aliénation mentale, l'ophthalmie chronique et surtout la méningite tuberculeuse. Nombre de fois j'ai vu moi-même l'hypopion se résorber, grâce à l'apposition d'un séton à la nuque.

Dans les maladies de la moelle épinière, il constate avec plaisir la faveur dont jouissent les cautères. Quant aux maladies des voies respiratoires, il n'y a guère, selon lui, que la phthisie

laryngée ou pulmonaire, dont le traitement réclame l'emploi des caustiques. J'ajouterai la pleurésie, dans laquelle de larges cautères, entretenus sur le siége de l'épanchement, m'ont souvent rendu d'incomparables services. Dans les maladies de l'abdomen, les cautères doivent être employés comme éminemment propres à fondre l'engorgement chronique des organes parenchymateux : foie, rate, rein, etc. J'ai vu des albuminuries chroniques guérir grâce à l'application d'un double cautère sur les flancs. Enfin, dans les maladies chroniques des articulations, les cautères contribuent souvent, pour une large part, à la guérison définitive, surtout si l'on a soin d'y joindre l'immobilisation. Aussi Nélaton se trouvait fort bien de l'établissement de cautères multiples sur l'articulation malade, qu'il matelassait ensuite abondamment de coton cardé et recouvrait d'un bandage inamovible.

Il va sans dire que, dans la plupart des cas, le traitement antiphlogistique par les émissions sanguines doit précéder les révulsifs. Mais les exutoires viennent à leur tour, à une certaine période ; je ne connais rien d'aussi puissant que les cautères, rien qui puisse avoir la prétention de les remplacer.

Le fait suivant est une nouvelle et éclatante preuve de l'affinité de la révulsion employée dans le but de remédier à la rétrocession déjà ancienne d'une dartre eczémateuse.

M. X***, cinquante-six ans, tempérament nervoso-sanguin, doué d'assez d'embonpoint, intelligent, entouré de tout le confortable de la fortune, appartient à une famille notoirement prédisposée aux maladies du cœur et du cerveau et entaché de vice herpétique et goutteux. Tous ses frères et ses sœurs ont succombé prématurément, vers l'âge de quarante-huit à cinquante ans, les uns à la manie aiguë ou chronique, ou encore à l'apoplexie cérébrale, les autres à des lésions valvulaires du cœur, une fois suivies de mort subite. Lui-même a été atteint, il y a plus de vingt ans, de rhumatisme articulaire aigu. Peu ingambe, il porte à une jambe de volumineuses varices à cause desquelles il fait depuis longtemps usage d'un bas élastique, et il est resté, pendant de nombreuses années, affecté d'un eczéma assez étendu de la région poplitée de la jambe variqueuse.

En 1872, l'eczéma avait entièrement disparu, sans remède particulier, sous la seule influence du temps, et cela depuis plusieurs années, sans qu'il en fût résulté aucun inconvénient appréciable; tout à coup des accidents vertigineux se déclarent accompagnés de troubles gastriques pareils à ceux de l'indigestion. Ces phénomènes se répètent un certain nombre de fois et, dans l'intervalle, la santé ne paraît d'abord nullement altérée, mais bientôt les désordres fonctionnels deviennent continus. Le malade ressent une douleur habituelle à la partie postérieure de la tête. La mémoire se perd ; toutes les facultés baissent considérablement. La parole est souvent hésitante ; le facies exprime une sorte de béate hébétude qui est comme le cachet des maladies organiques du cerveau. Il y a certaines positions que le malade ne peut occuper sans

éprouver une propulsion invincible à tomber, ou bien ce sont certaines attitudes, très-naturelles d'ailleurs, qu'il ne peut garder sans être sur le point d'éprouver une défaillance. Par exemple, il déclare qu'il lui est tout à fait impossible de s'appuyer sur le dossier d'une chaise ou encore de croiser les jambes d'une certaine façon. L'appétit est très-médiocre, la langue ordinairement saburrale, la digestion assez difficile ; en un mot, il existe une dyspepsie évidente. Le pouls est à 80, la chaleur normale. L'amaigrissement fait de rapides progrès. Le malade paraît à tout le monde suivre une pente qui doit le conduire plus ou moins lentement, mais fatalement, au tombeau. Cependant il n'existe encore aucun symptôme de paralysie, pas d'anesthésie ni de fourmillements aux extrémités.

Diagnostic : *vertigo à stomacho læso;* imminence d'une lésion organique incurable des centres nerveux.

Pendant l'évolution d'une maladie aussi éminemment chronique et lente dans sa marche, on pense bien que le temps ne manqua pas pour mettre en usage les traitements les plus variés. En se plaçant dans l'hypothèse la plus favorable, celle de la souffrance sympathique des centres nerveux, il était rationnel de commencer par les médications les plus propres à combattre les symptômes gastralgiques. Depuis les évacuants jusqu'aux préparations de pepsine, on épuisa toute la série des moyens usités en pareil cas. Je dois à la vérité de dire que les résultats obtenus, quoique avantageux, ne furent pas complets. Enfin une saison aux eaux de Vals, suivie d'une cure de raisins en Bourgogne, amena une amélioration beaucoup plus notable.

L'appétit était revenu, les digestions meilleures permettaient des repas passablement copieux. Non-seulement l'émaciation avait cessé de faire des progrès, mais le malade avait heureusement recouvré une partie de son ancien embonpoint ; ses facultés intellectuelles s'exerçaient presque normalement : il se croyait guéri. Par malheur, le mieux ne se soutint pas, une seule indigestion vint compromettre bientôt tout le succès de la cure. Indépendamment des accidents gastralgiques, des phénomènes fort alarmants se manifestèrent du côté des centres nerveux : c'étaient d'abord des vertiges de même nature que ceux que nous avions déjà signalés. Puis ces vertiges dégénérèrent bientôt en véritables attaques épileptiques. Une fois, M. X***, occupé à sa toilette du matin, tomba brusquement à la renverse, et la chute fut si lourde et si violente, qu'il en résulta une blessure profonde à l'occiput. La perte de connaissance dura environ cinq minutes, et, quand le malade revint à lui, il n'avait absolument aucune conscience de ce qui s'était passé. La langue avait été mordue, mais il n'y avait eu, paraît-il, ni écume à la bouche, ni miction involontaire.

En présence d'un accident aussi terrible, il n'y avait plus à hésiter, il fallait recourir sans retard au seul moyen capable d'enrayer un mal qui prenait des proportions si inquiétantes ;

car il n'était que trop évident que les attaques, en se répétant, finiraient par déterminer des congestions des centres nerveux, d'abord éphémères et intermittentes, puis continues, et finalement des phénomènes apoplectiformes et peut-être urémiques irrémédiables. Dans ces conjonctures, l'idée me vint de poser un cautère en bas et en dedans de la cuisse, précisément sur le siége de l'ancien eczéma variqueux, aujourd'hui disparu depuis plusieurs années.

L'effet de ce nouveau et puissant agent de révulsion ne se fit pas attendre : aucune autre attaque d'épilepsie ne se produisit ; le cerveau, comme débarrassé d'une entrave qui l'opprimait, recouvra l'intégrité de ses fonctions ; en même temps, les accidents dyspepsiques s'amendèrent graduellement, l'appétit revint, la nutrition s'opéra de plus en plus parfaitement ; finalement, le retour des forces et de l'embonpoint témoigna péremptoirement de l'excellence de la médication.

Depuis plus de trois ans la guérison ne s'est point démentie. M. X*** a pu reprendre la direction de ses affaires, dans laquelle il montre chaque jour les mêmes talents administratifs qu'il avait déployés naguère dans la force et la maturité de l'âge.

Sans doute, nous n'avons eu affaire qu'à un trouble fonctionnel du cerveau, probablement subordonné à un désordre de la digestion ; ou plutôt l'un et l'autre n'étaient-ils pas la conséquence, quoique lointaine, de la suppression d'une ancienne dartre ? C'est ce que l'on peut supposer si l'on s'en réfère à la règle formulée par l'antiquité : *Naturam morborum*, etc. Quoi qu'il en soit, j'ai la conviction qu'abandonné à lui-même, le mal n'eût pas tardé à revêtir un caractère d'extrême gravité et qu'une lésion organique, désormais incurable, était imminente et aurait succédé sous peu à la simple altération de la fonction. Après l'essai plus ou moins avantageux d'une foule d'agents médicaux hygiéniques et la médication thermale plus puissante qu'eux tous, c'est au cautère seul qu'est dû le succès, et à la permanence de l'exutoire que revient, n'en déplaise à l'ombre de Malgaigne, l'honneur de la consolidation définitive et durable de la guérison.

Dr V. Poulet,
De Plancher-les-Mines.

Du traitement de la granulie par l'extrait de feuilles de noyer.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Permettez-moi de répondre quelques lignes à M. le docteur Luton, de Reims, à propos de ses observations sur le cas de granulie tuberculeuse publié par moi dans le *Bulletin* du 15 mai

dernier, et à propos aussi du traitement préconisé par lui contre cette maladie.

M. Luton estime le cas mal choisi. Comme fait favorable au traitement de la granulie par l'extrait de feuilles de noyer, il est incontestablement mal choisi, et à ce sujet nous partageons complétement l'avis de notre distingué confrère. Si, d'un autre côté, l'extrait de feuilles de noyer n'a pas été employé seul, en voici les raisons : D'après le tableau magique tracé par M. Luton, les effets du remède sont si rapides que dès le premier jour ils sont appréciables et que, selon son expression, le malade semble renaître à la vie. Le second jour, voyant l'état du malade empirer, nous avons cru, et l'on nous comprendra, pouvoir ajouter à l'extrait, des médicaments qu'on pourrait plutôt appeler auxiliaires qu'antagonistes. L'extrait vient de la maison Dausse, de Paris. La maison Grandval, de Reims, n'a pas le monopole des bonnes préparations, et certaines officines de Paris offrent dans la préparation de leurs produits autant de garanties que la maison Grandval, surtout quand il s'agit de l'extrait de feuilles de noyer. L'extrait a été donné pendant cinq jours, à 2 grammes seulement, il est vrai ; mais, à cette dose, nous aurions dû en voir quelques effets, s'ils sont aussi prodigieux et aussi rapides que le dit M. Luton.

Mais ceci n'a pas d'importance. Le véritable fait qui est hors de contestation est celui-ci : c'est que rien ne prouve que M. Luton ait guéri la granulie par l'extrait de feuilles de noyer. Une idée scientifique se fait jour et se soutient par des faits ; la lumière ne lui a jamais nui ; au lieu de l'éviter, elle la recherche, parce qu'elle éclaire la vérité. Nous demandons à voir les observations que M. Luton ne veut pas publier. Un homme de science, poussé surtout par la rigueur scientifique dont semble animé le médecin de Reims, oserait-il jamais poser *ex professo* un fait de thérapeutique sans apporter des preuves à l'appui ? Nous sommes à une époque où, au nom de cette rigueur scientifique à laquelle notre honorable confrère nous convie de sacrifier, on ne saurait se contenter de simples assertions, aussi fortement soutenues qu'elles soient par la valeur de celui qui les émet. Vous avez d'un côté une maladie, de l'autre un remède. Vous dites que le remède guérit la maladie. Prouvez-le. Où sont les faits qui l'établissent ? Où sont vos observations qui le démontrent ? La logique la plus simple les demande. En vous privant de cette façon élémentaire de procéder, vous vous exposez à faire fausse route, parce que vous êtes seul et sujet à l'erreur. D'où ce résultat, que vous arrivez à regarder presque comme vraisemblables des hypothèses comme celle-ci, à savoir : que l'extrait de feuilles de noyer pourrait être un spécifique de la granulie ou une sorte de parasiticide spécial qui irait détruire dans sa vitalité la granulation grise supposée animée et vivant pour son propre compte. En développant votre idée, vous vous identifiez avec elle insensiblement, et bientôt elle vous paraît si incontestablement vraie que vous trouvez des

arguments en sa faveur chez vos adversaires et que vous êtes amené à dire que la combattre, c'est presque la partager.

Du temps que Velpeau vivait, il se rencontra un jour un médecin qui enchanta et surprit à la fois ceux qui l'entendirent annoncer qu'il apportait le remède d'un mal incurable jusqu'alors. Invité à montrer ses faits au grand jour, il refusa d'abord, disant, lui aussi, qu'il ne voulait pas laisser ruiner par le détail une idée qui demandait à se faire voir entière dans toute sa claire simplicité. Enfin, il accepta, et l'expérimentation contrôlée de ses moyens de guérison montra tout à la fois et l'erreur du médecin et l'incurabilité de la maladie. Nous croyons aussi qu'il y a eu erreur d'interprétation dans les faits de M. le docteur Luton. Il ne tiendra qu'à notre honorable confrère de nous montrer que c'est lui qui a raison.

Dr Meslier.

Juin 1876.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies des yeux, t. Ier, par le docteur Ch. Abadie, vol. de 501 pages; Oct. Doin, éditeur.

L'auteur a pris soin d'indiquer nettement dans quel esprit son livre avait été conçu : « Cet ouvrage étant principalement destiné aux praticiens, les questions réellement importantes y ont été traitées *in extenso*, celles qui appartiennent encore au domaine de la science pure ont été laissées de côté ou simplement effleurées. Enfin, ayant toujours en vue que le but final de notre art est de guérir, j'ai longuement insisté sur tout ce qui a rapport au traitement. »

Aussi, laissant de côté ces développements historiques qui encombrent les livres classiques, M. Abadie se contente de dresser l'état actuel de nos connaissances en ophthalmologie; tâche difficile et méritoire à cause des nombreux travaux parus sur ce sujet à l'étranger.

Signaler toutes les parties intéressantes et nouvelles contenues dans ce livre serait une chose impossible; aussi nous ne ferons qu'indiquer les chapitres les plus saillants et les plus utiles à consulter. Sans parler des maladies et tumeurs de l'orbite, qui forment le premier chapitre, nous signalerons de suite la façon dont l'auteur a envisagé l'étude du rétrécissement du canal nasal. Pour lui, ce rétrécissement est la cause d'une série d'affections qui peuvent aboutir à la tumeur et à la fistule lacrymales. On comprend comment l'enchaînement de ces faits conduit au traitement généralement adopté aujourd'hui, le rétablissement du calibre du canal par la dilatation.

Les maladies des paupières sont étudiées longuement. Un chapitre plein d'intérêt est consacré au blépharospasme, à sa physiologie pathologique et à ses différents modes de traitement.

Puis l'auteur passe en revue les affections de la conjonctive, de la

cornée, de la sclérotique, de l'iris et de la choroïde, pour arriver au cristallin. La cataracte avec toutes ses variétés et tous ses traitements est décrite avec soin.

Enfin le tome Ier est terminé par une étude approfondie du glaucome aigu et chronique, dans laquelle on trouvera l'analyse des théories diverses servant à expliquer cette affection.

Il faut, du reste, lire avec attention ce livre, écrit avec un style attrayant et inspiré par le meilleur esprit clinique, pour se rendre compte de la façon heureuse dont l'auteur a su remplir son programme.

Du mode d'action des eaux sulfureuses, par le docteur Sénac-Lagrange, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Cauterels, vol. de 100 pages. Masson, éditeur.

La médication minérale constitue la thérapeutique des maladies chroniques, dites constitutionnelles ou générales. Comment concevoir celles-ci? se demande le docteur Sénac-Lagrange. Comme une série de manifestations ou actes morbides multiples, dépendant d'une cause unique, spéciale, spécifique même, actes simultanés ou successifs, ou alternants, et reconnaissables à ces derniers caractères, malgré la diversité de leurs formes et la variété de leur siége, qui peuvent occuper tous les tissus et tous les viscères et passibles d'un même agent thérapeutique, se transmettant par hérédité, avec transformations particulières.

Comment agissent les eaux sulfureuses dans les maladies chroniques? C'est par la voie de l'observation que l'auteur cherche à résoudre le problème. Chaque organisme possède héréditairement ou par acquis un tempérament qui n'est que le diminutif de la maladie chronique. Or, l'observation est indemne en général de toute manifestation diathésique, c'est l'âge du fonctionnement plein et régulier des organes, de leur équilibre harmonique, de la résistance enfin. Que la période de déchéance organique commence à une époque plus ou moins anticipée, la vulnérabilité de l'individu apparaît, les manifestations de la maladie générale surgissent simples ou multiples, fixes ou mobiles, régulières ou irrégulières. Les manifestations simples et fixes sont les premières à apparaître ; elles répondent à un certain état de résistance de l'organisme qui peut s'en débarrasser. Les manifestations sont d'autant multiples et irrégulières que la cause morbide générale l'emporte sur le fait de résistance ou de force vitale. A ce compte, le médecin doit veiller à la création de la force de résistance et au maintien ou à la production de la manifestation fixe la plus simple qui peut constituer ce qu'on pourrait appeler une soupape de sûreté. On atteint ce but par l'intermédiaire des eaux minérales.

Dans autant de chapitres différents, l'auteur traite de la minéralité, de la thermalité des eaux, étudie le mode d'application de ces dernières en bains et boissons, constituant la médication thermale. Les eaux sulfureuses sont excitantes, mais elles dépassent l'excitation pour arriver à la tonicité. Il est des excitants de la fonction hématopoiétique, des excitants des solides, des excitants du système nerveux. La médication thermale peut être l'un ou l'autre de ces excitants, plus particulièrement du système nerveux dont on sait l'influence sur la fonction nutritive et la résistance organique. Et de fait, l'analyse conclut à l'activité plus grande des phénomènes nutritifs. Et

l'auteur de passer en revue, dans autant de chapitres intéressants, l'action des eaux dans l'anémie, la perte des forces dans les affections générales. On lira avec intérêt l'étude de la bronchite arthritique, dont les éléments principaux sont la congestion pulmonaire, l'emphysème primitif avec retentissement sur l'organe cardiaque (dilatation) ; la bronchite scrofuleuse, qui amène à l'emphysème consécutif, à la dilatation bronchique; les manifestations pharyngiennes et laryngiennes de l'arthritisme et de la scrofule viennent ensuite. La phthisie pulmonaire, tributaire des eaux sulfureuses, répond aux lésions de la pneumonie caséeuse, à ce que l'auteur considère comme la scrofule des poumons. L'eau sulfureuse maintient également les éléments antagonistes qui combattent la phthisie. La dyspepsio ost égalsment considérée comme la manifestation d'une maladie générale. Elle disparait tantôt spontanément, tantôt sous l'effet d'un mouvement perturbateur, toujours après la réintégration de l'état général des forces.

Dans la syphilis, l'eau minérale combat les complications générales de la maladie accidentelle, parfois des lésions d'hypertrophie appartenant à la maladie elle-même. Il est des faits avérés où l'eau sulfureuse a guéri la cachexis syphilitique et la cachexie mercurielle. L'eau sulfureuse retards ou empêche la salivation mercurielle ; l'auteur rappelle, avec un certain doute cependant, qu'on a pu observer le retour de la salivation mercurielle par l'eau sulfureuse, longtemps après la cessation du traitement antisyphilitique. Ce fait tiendrait-il à ce que, le mercure formant des chloro-albuminates dans l'écouomie, les sulfites et les hyposulfites des eaux sulfureuses dissolvsnt ces chloro-albuminatss st permsttent au mercure de rsntrsr en circulation et d'agir de nouvsau sur la syphilis ?

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 22 et 29 mai 1876; présidence de M. le vice-amiral Paris.

Influence de l'acide carbonique sur la respiration des animaux. Mémoire de M. F.-M. Raoult. — On sait que les actions chimiques lentes sont généralement limitées par la présence des produits formés; si ceux-ci ne se dégagent point, les réactions restent incomplètes. L'auteur a donc pensé que, la tension de l'oxygène dans l'air inspiré restant la même, l'hématose devrait se ralentir à mesure que la tension de l'acide carbonique y deviendrait plus grande, et il a entrepris des expériences en vue de vériller cette conjecture.

Ses expériences ont été effectuées sur des lapins et ont confirmé ses prévisions. Le museau de l'animal, rasé et enduit d'un lut farineux, est engagé et maintenu dans une sorte d'entonnoir en caoutchouc. La douille de cet entonnoir communique, au moyen d'un tube en T, avec doux gazomètres à cloche pareils et destinés, l'un à fournir l'air pour la respiration, l'autre à recueillir les gaz expirés. Ces gazomètres, d'un volume de 200 litres chacun, sont en zinc et divisés en parties égales; ils

sont munis de manomètres à eau, ce qui permet d'y maintenir la pression atmosphérique ; l'eau qu'ils renferment est recouverte d'une couche d'huile d'olive, ce qui empêche la rapide altération du mélange gazeux. Entre l'animal et chaque gazomètre se trouve une soupape hydraulique à huile et un flacon tubulé de 500 centimètres cubes plein d'air. Les soupapes hydrauliques permettent à l'air de circuler dans un sens convenable et s'opposent absolument au mouvement inverse. Quant aux flacons tubulés ils se trouvent, à la fin de chaque expérience, remplis, l'un de l'air *inspiré*, l'autre de l'air *expiré* dans les dernières minutes ; et c'est l'analyse de leur contenu qui fait connaître la composition de l'un et l'autre. L'analyse des gaz a été faite, au moyen de la potasse et de l'acide pyrogallique, dans l'instrument soumis par l'auteur à l'Académie des sciences, le 10 avril 1876.

La conclusion de ce travail est que la présence de l'acide carbonique dans l'air inspiré a pour effet de diminuer la quantité d'acide carbonique produit et surtout celle de l'oxygène consommé en une heure, ou, en d'autres termes, que la présence de l'acide carbonique dans l'air inspiré est un obstacle à l'hématose.

Propriétés antiseptiques du borax. Note de M. Bedoin. — J'ai pris un morceau de 15 à 20 grammes environ de viande fraîche de boucherie (entre-côte de bœuf) ; je l'ai divisé en deux parties égales que j'ai placées dans deux flacons bien lavés et de pareille contenance (200 grammes à peu près). J'ai versé dans ces flacons, jusqu'aux deux cinquièmes de leur volume, de l'eau de rivière d'une part, et de l'autre une dissolution saturée de borate de soude. Ces flacons, bouchés ensuite avec des bouchons de liége, ont été soigneusement étiquetés et laissés au repos du 3 mai à midi et demi jusqu'au 8 mai à dix heures du soir, soit *cinq jours et neuf heures*. Examinés comparativement à cette date, les contenus des deux flacons diffèrent sensiblement d'aspect. Dans celui qui renfermait la solution de borax, le liquide, de couleur rosée, est parfaitement limpide et ne montre aucun dépôt. Le fragment de viande qui s'y trouve est décoloré et incohérente pour ainsi dire, mais sans être déchiqueté. Le contenu de l'autre flacon est louche, et a laissé déposer des parcelles organiques qui constituent une sorte de détritus comme flottant au fond de la bouteille. Le morceau de viande qui y aurait été placé semble plus dissocié que l'autre ; il est très-manifestement déchiqueté. Débouchés, les deux flacons se reconnaissent aisément : celui qui renfermait la solution saline est entièrement inodore ; l'autre exhale à un haut degré l'odeur ammoniacale particulière aux substances animales en décomposition.

Soumis à l'examen microscopique, le liquide de celui-ci montre un très-grand nombre de microzoaires animés des mouvements les plus vifs (bactéries). Le premier, au contraire, ne révèle aucun organisme vivant, aucun vibrionien.

Elections. — M. Vulpian est nommé membre de l'Académie des sciences.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 16, 23 et 30 mai 1876 ; présidence de M. Chatin.

Sur la nature de la colique sèche (suite de la discussion, voir p. 464). — M. Mialhe pense que, pour donner lieu à l'intoxication plombique lente désignée sous le nom de *colique de plomb, colique saturnine, colique des peintres*, il n'est pas nécessaire d'introduire dans l'économie animale une dose élevée d'un composé de plomb quelconque, la plus petite dose, au contraire, étant suffisante, à la condition qu'elle soit *longtemps continuée*, pas plus qu'il n'est besoin d'introduire dans l'organisme une dose élevée d'une préparation mercurielle quelconque pour donner lieu au tremblement mercuriel.

M. Rufz de Lavison est loin de partager cette opinion. « Si, dit-il, cela se pouvait, il y aurait une intoxication générale, due à l'usage des conserves alimentaires dans les boîtes soudées en plomb, et grâce aux conduits en plomb qui sont adoptés dans toutes les villes du monde. »

Que M. Rufz veuille bien me permettre de lui faire observer deux choses : la première, c'est que dans la vie habituelle, on ne fait pas un usage journalier de boîtes de conserves, et, partant, que la *continuité d'action toxique* manque ; et la seconde, c'est que, dans le cas où la continuité aurait lieu, on serait loin d'être aussi promptement exposé que sur les navires, ainsi que je l'ai depuis longtemps établi en principe, le plomb appartenant, de même que le mercure, l'argent, l'or et le platine, à la classe des métaux dont les chlorures jouent le rôle d'acide par rapport à ceux des métaux qui fournissent des chlorures basiques ; d'où il résulte que tous les composés insolubles de plomb, et le plomb lui-même avec le contact de l'air, peuvent être rendus solubles et par conséquent absorbables d'emblée, à la faveur des chlorures alcalins basiques, puisque les chlorures doubles des cinq métaux précités, contrairement à leurs chlorures simples qui sont coagulants, ne coagulent point l'albumine. Or, c'est à la présence incessante des chlorures alcalins basiques dans l'atmosphère marine, qu'il faut rapporter la cause de la grande toxicité du plomb à bord des navires.

M. Le Roy de Méricourt dit que le nom de *myosalgie* saturnine répond très-incomplétement à l'ensemble des symptômes et des états morbides si complexes produits par l'intoxication saturnine, et que la faradisation, que M. Briquet considère comme le moyen de traitement par excellence de cette manifestation morbide, n'aurait pas la rapide efficacité que lui attribue son savant collègue. Il croit, contrairement à l'opinion de M. Briquet, que la faradisation, comme l'injection de morphine, réussira d'autant mieux, et d'une manière plus durable, que la douleur ne sera que l'expression d'un état de spasme momentané, et ne résultera pas de l'introduction dans l'économie d'un principe toxique, tel que le plomb. Ce n'est donc pas sur ce moyen de traitement qu'il est possible d'établir le diagnostic entre la colique de plomb et la colique sèche des pays chauds.

Lors de l'expédition de Cochinchine (1862), pays qui réunit mieux qu'aucun autre toutes les conditions regardées comme propres à donner naissance à la colique sèche, on a relevé 79 cas de colique traités à bord des navires, et 53 à l'ambulance de Saïgon. Sur ces 53 derniers malades, 3 seulement provenaient d'un service qui les maintenait à terre.

D'autre part, sur un chiffre de 697 décès dans un effectif de 7589 hommes, on voit figurer 2 décès par suite de colique sèche, et M. le docteur Linquetti, qui donne ces chiffres dans un article intitulé : *Une année en Chine*, ajoute : « Les cas de colique sèche ne sont pas rares ; j'ai eu occasion d'en voir plusieurs à l'hôpital de Saïgon, et je suis convaincu, tant il y a identité dans les symptômes et dans la marche, que cette affection (colique sèche) ne peut être due qu'à une intoxication saturnine. »

La même opinion a été exprimée par M. Catano dans une lettre à Michel Lévy, communiquée à l'Académie de médecine, et par M. Benoit de la Grandière.

M. Le Roy de Méricourt fait remarquer que la névrose prétendue endémique des pays chauds ne figure pas dans les traités cliniques sur les maladies de l'Inde, composés par les médecins anglais ayant exercé dans ce pays, ni dans les publications faites sur ce même sujet par les médecins néerlandais ayant observé dans les colonies hollandaises des Indes orientales. — En résumé, s'il existe des coliques sèches en dehors de l'influence plombique, ce sont ces affections qu'il n'est pas permis de confondre avec celles par intoxication saturnine, et, en tout cas, qui ne règnent jamais endémiquement : ce sont tout simplement des épiphénomènes d'états nerveux mal définis, mal observés encore.

De la dyspepsie. — M. le docteur Leven donne lecture d'un mémoire qui a pour titre : *De la dyspepsie.*

Dans un rapide aperçu historique, l'auteur apprécie en peu de mots les

idées de Sauvages, de Cullen et de Broussais sur les maladies de l'estomac. Il arrive à Barras, qui, ne trouvant point dans l'estomac les signes de l'inflammation, a établi que la gastrite n'existe point. De là est né le règne de la gastralgie. La gastrite a disparu pour faire place à un morcellement de l'œuvre que Broussais avait cherché à édifier. On s'est entendu pour démolir, mais qu'a-t-on substitué à l'édifice démoli ? Cependant l'abus des boissons alcooliques donne lieu, dans l'estomac, à des lésions dont la nature inflammatoire n'est pas contestable.

La dyspepsie, continue l'auteur, n'est-elle qu'une lésion fonctionnelle ? Il faut étudier cette question physiologiquement et rechercher comparativement quels sont les effets des aliments sur la muqueuse gastrique suivant qu'ils sont de digestion facile ou difficile ; par exemple, chez le chien, les effets de la viande qui, pour cet animal, est une substance digeste, comparés à ceux de la graisse, qui est indigeste. Il résulte de cette étude, que les aliments indigestes déterminent à la longue une véritable gastrite. Or, chez l'homme, les symptômes que l'on attribue à la dyspepsie ont la plus grande analogie avec ceux de la gastrite chez le chien. L'auteur développe cette pensée en s'appuyant sur l'anatomie et la physiologie de l'estomac.

Il fait remarquer que l'ulcère de l'estomac est presque toujours précédé par une dyspepsie qui dure plusieurs mois ou plusieurs années ; et qu'on peut le considérer comme lié à la lésion qui accompagne la dyspepsie, dont il serait un accident tardif.

Et il arrive à cette conclusion : 1° que par sa structure, sa fonction, la muqueuse stomacale est, entre toutes, la plus exposée aux inflammations ; que tous les symptômes morbides de la dyspepsie doivent être attribués à une inflammation, *sui generis*, qui peut s'étendre de la muqueuse aux membranes sous-jacentes ; — 2° que faire de la dyspepsie une pure lésion fonctionnelle avec Chomel, Trousseau et Beau, cela est en contradiction avec l'anatomie et la physiologie de l'estomac, et avec la clinique.

Elections. — M. Léon Le Fort est nommé membre de l'Académie de médecine, et M. Villemin (de Vichy), membre correspondant.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 26 mai 1875 ; présidence de M. Laboulbène.

Paralysies complexes des muscles moteurs des deux yeux ; troubles psychiques. — M. Lereboullet présente un malade probablement atteint d'ataxie locomotrice au début, et qui offre ceci de particulier qu'après avoir présenté tous les troubles du côté des nerfs de l'œil, qu'on observe habituellement au début de cette maladie et même de la paralysie faciale, il est atteint actuellement de troubles psychiques.

Cet homme n'est ni alcoolique ni syphilitique. Il est entré le 31 janvier dernier au Val-de-Grâce, pour une bronchite catarrhale subaiguë. Dans le courant de février, il a commencé à ressentir des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Le 11 mars, il est pris subitement d'éblouissement et ne peut plus ouvrir l'œil gauche. La paralysie du moteur oculaire commun est complète ; déjà à ce moment il offrait un léger degré de paralysie faciale. L'ophthalmoscope ne révélait aucune altération au fond de l'œil. Aux membres inférieurs survint une paralysie incomplète des muscles abducteurs. Cet état dure pendant huit jours environ. Puis la paralysie du moteur oculaire commun disparaît, mais la paralysie faciale reparaît alors beaucoup plus accentuée. Enfin, depuis quelques jours, ce malade a été pris d'hallucinations ; il se croit un objet de répulsion pour tous ses camarades.

Mort subite par thrombose et embolie. — M. Ferrand présente des pièces anatomiques qui ont été recueillies à Beaujon, sur un malade

de son service, qui a succombé subitement. Cet homme, qui était albuminurique et présentait une anasarque généralisée, offrait tous les caractères d'une dilatation du cœur droit. A l'autopsie, on trouva un énorme caillot qui fermait complétement l'orifice cardiaque et qui avait formé à la fois thrombose et embolie.

Nouveau traitement du trichophyton. — M. Lallier lit, au nom de M. Lespiau, médecin militaire à Amélie-les-Bains, un travail dans lequel ce dernier indique le mode de traitement qu'il emploie dans les affections parasitaires et non parasitaires. En 1875, M. Lespiau, étant dans les Pyrénées-Orientales, vit des chiens atteints d'une affection parasitaire ayant beaucoup d'analogie avec la teigne : éruptions cutanées furfuracées, poils agglutinés, se cassant près de la racine, teinte ardoisée de la peau. Ses deux chiens ont été également malades, et l'examen microscopique lui a fait découvrir des spores dans la majorité des cas. En peu de temps, trente-quatre personnes ont été atteintes de cette affection parasitaire : vingt-huit enfants et six adultes. Les parties les plus affectées ont été celles où l'on porte le plus habituellement les mains. Le traitement employé par M. Lespiau a consisté dans le badigeonnage avec le glycérolé suivant :

Pr. Tannin	1	gramme.
Teinture d'iode	10	—
Glycérine	20	—

Deux badigeonnages chaque jour pendant quatre jours, si la trichophytie n'est pas très-étendue, sont suffisants. S'il y a des croûtes, il faut les ramollir avec l'huile d'olive, ou la glycérine appliquée à l'aide d'ouate ou de charpie pendant vingt-quatre heures; trois heures après, badigeonnage au glycérolé. Comme complication, M. Lespiau a vu quelquefois survenir de la fièvre, du ptyalisme, du laryngisme, qui peuvent avoir pour cause l'iodisme.

Elections. — M. Revillot (de Genève) est nommé membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 17, 24 et 31 mai 1876; présidence de M. Houel.

Des divers traumatismes produits par la bouche du cheval. — M. Tillaux lit un rapport sur un travail de M. Gillette. Ce chirurgien a pu réunir soixante-six observations de morsures de cheval dont cinquante portent sur le membre supérieur. Les lésions sont très-variables ; lorsque l'animal s'est contenté de saisir avec les deux mâchoires et de presser plus ou moins fort, on observe deux arcs ecchymotiques ; mais quand l'individu a été soulevé de terre il y a des arrachements et des décollements. Les accidents qui peuvent survenir sont de diverses sortes ; on a observé quelquefois le tétanos. Le pronostic doit toujours être réservé, car indépendamment des désordres produits sur la peau, il peut y avoir des lésions profondes sur lesquelles il n'est point toujours facile d'être fixé. Quant au traitement, il doit consister dans de grands débridements. M. Gillette conseille l'emploi de la cautérisation actuelle, se basant sur cette hypothèse que la salive du cheval pourrait dans certaines circonstances contenir un principe virulent.

M. Terrier n'admet point cette virulence et repousse par conséquent la thérapeutique qui en découle.

Polypes naso-pharyngiens. — M. Bergeon (de Moulins), candidat au titre de membre correspondant national, donne lecture d'un travail sur ce sujet et présente un certain nombre des tumeurs qu'il a enlevées.

Des rapports de la grossesse avec les affections chirurgicales. — M. Verneuil lit un travail sur ce sujet. Cette question, dit-il, a déjà attiré depuis quelques années l'attention d'un certain nombre de chirurgiens, mais tous se sont bornés à étudier l'influence des opérations chirurgicales sur la grossesse; il ne serait pas sans intérêt cependant d'examiner la question à un autre point de vue et de rechercher quelle influence la grossesse, considérée comme constitution médicale spéciale, peut avoir sur les opérations chirurgicales. Les observations ne doivent certainement pas manquer, il s'agit simplement de les rassembler; il en apporte aujourd'hui quelques-unes qui sont inédites.

La première lui a été communiquée par le docteur Vaudran; elle a trait à une femme jouissant ordinairement d'une bonne santé et qui, vers le septième mois de sa grossesse, fut prise d'une pleurésie intense du côté gauche; elle guérit à l'aide d'un certain nombre de vésicatoires et la grossesse continua son cours.

Malheureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi et on voit quelquefois la grossesse exercer une influence fâcheuse sur les opérations chirurgicales. Les deux faits suivants en sont des exemples remarquables: il y a quelques mois, M. Verneuil, appelé pour combattre un œdème de la glotte chez une femme enceinte, est obligé de faire la trachéotomie. Le lendemain, la malade est prise d'une fièvre qui va en augmentant les jours suivants; des douleurs utérines se font sentir, l'avortement a lieu et la mort, survenant quelques instants après, termine la scène.

Une autre observation a été communiquée dernièrement à la Société anatomique par un des internes de M. Sée. Ce chirurgien avait pratiqué la tachéotomie chez une femme enceinte menacée de suffocation; après l'expulsion d'une fausse membrane, il se produisit entre la canule et la plaie une hémorrhagie en nappe; elle avait complètement cessé et la malade semblait en bon état lorsque, moins d'une heure après l'opération, le sang reparut, puis survinrent la syncope et la mort. A l'autopsie on ne put constater aucune blessure vasculaire importante; les vaisseaux du cou et ceux de la glande thyroïde étaient seulement un peu plus développés qu'à l'ordinaire.

Au mois d'avril 1875, une femme enceinte de quatre mois entre dans le service de M. Verneuil pour des blessures multiples; elle avait fait une chute sur des moellons et présentait, outre une légère déchirure du menton, des plaies contuses de la vulve et de la cuisse. Quoiqu'il n'y eût pas le moindre traumatisme du côté de la mamelle, il se produisit néanmoins une inflammation vive de ce côté, qui disparut après l'application de quelques cataplasmes; quant à la plaie de la vulve, elle marchait bien vers la cicatrisation, mais d'une façon très-lente. Dix-huit jours après l'accident, la malade fut prise de douleurs utérines violentes et accoucha d'un fœtus mort depuis peu de temps. Aussitôt après l'avortement la plaie de la vulve se cicatrisa complètement en quelques jours.

Les trois observations suivantes sont encore des preuves que la grossesse n'est pas sans influence sur la marche anormale des plaies: une femme enceinte, âgée de vingt-cinq ans, se présente pour une ulcération très-douloureuse du gros orteil consécutive à la chute d'un corps pesant sur l'ongle; la plaie avait un aspect fongueux et offrait une teinte grisâtre; les bords étaient ulcérés et il y avait un gonflement notable de la phalange. Au bout de deux mois, malgré tous les traitements employés, tous ces accidents persistaient encore; ce n'est qu'après l'accouchement qu'on put arriver à la guérison, mais elle fut complète et rapide.

Une autre fois, c'est une femme qui vient à la consultation pour des accidents inflammatoires compliquant une tumeur lacrymale. Après avoir fait la ponction du sac, M. Verneuil injecta quatre à cinq gouttes de teinture d'iode et prescrivit des cataplasmes de fécule. Il fut très-étonné de voir se produire au bout de quelques jours un phlegmon de la paupière supérieure qui menaçait d'envahir la cavité orbitaire; ce fut alors qu'il apprit l'état de grossesse dans lequel se trouvait la malade. Les accidents cessèrent heureusement après l'ouverture de l'abcès.

Dans un autre cas, il s'agit d'une femme enceinte chez laquelle un phlegmon des paupières se développa dans le cours d'une blépharite.

M. Verneuil rapporte encore un fait qui est une preuve évidente de l'influence réciproque de la grossesse et des opérations chirurgicales. Au mois de novembre 1875, il recevait dans son service une paysanne robuste, âgée de vingt-neuf ans et qui venait à Paris pour se faire opérer d'une fistule vesico-vaginale survenue quatorze mois auparavant à la suite d'un accouchement laborieux. Lors d'un premier examen, il constata l'existence d'un rétrécissement assez prononcé du vagin siégeant à 4 centimètres de la vulve ; ce rétrécissement constituait pour arriver à la fistule un obstacle qu'il fallait vaincre. La dilatation fut pratiquée avec le doigt d'abord, puis avec un spéculum ; mais cet instrument ayant produit une déchirure très-superficielle de la paroi vaginale, on retarda l'opération. Les jours suivants il survint de la douleur, puis un écoulement abondant apparut en même temps qu'un œdème considérable des grandes lèvres ; l'ulcération s'étendit au périnée et présenta bientôt l'aspect de la pourriture d'hôpital. Après un traitement de quelques semaines, ces accidents ayant à peu près disparu, l'opération put être pratiquée. Mais trois jours après on vit apparaître une légère hémorrhagie qui fut prise pour un retour prématuré des règles ; elle fut suivie d'une véritable perte très-abondante qui amena l'expulsion d'un caillot renfermant un œuf de deux mois. A partir de ce moment la guérison marcha rapidement. La grossesse n'avait point été soupçonnée dans ce cas par cette raison que la malade avait eu ses règles quelques jours avant son arrivée ; c'était la veille de son départ qu'elle était devenue enceinte.

M. Verneuil ne veut pas pour le moment poser de conclusions ; il se contente de faire ressortir l'importance qu'il y a à étudier l'influence réciproque des affections chirurgicales et de la grossesse.

M. Cazin (de Boulogne-sur Mer) adresse à la Société plusieurs observations ayant trait à cette question ; dans les unes, c'est le traumatisme qui est venu troubler la grossesse; dans les autres, c'est la grossesse qui a exercé une influence fâcheuse sur les affections chirurgicales.

M. Guéniot demande que cette importante question soit mise à l'ordre du jour et commence la lecture d'un mémoire que nous analyserons prochainement.

Du pansement de Lister. — M. Guyon présente un malade qu'il a amputé au mois d'avril dernier pour une carie des os du tarse et du métatarse avec nombreux trajets fistuleux et qui, grâce au pansement antiseptique, était complétement guéri au bout de trois semaines sans avoir présenté ni accident local ni général. Ce mode de pansement favoriserait aussi d'une façon certaine la cicatrisation par première intention, c'est là du moins ce qui ressort des quelques faits observés par M. Guyon.

M. Desprès prétend que les résultats attribués au pansement de Lister peuvent être obtenus avec tous les autres modes de pansement. Il suffit, d'ailleurs, pour s'en convaincre, d'ouvrir les Bulletins de la Société; on y trouvera la relation d'un grand nombre de faits dans lesquels la réunion par première intention était effectuée au bout de quelques jours. Tous les succès de ce genre sont dus, non pas au mode de pansement, mais aux conditions favorables dans lesquelles se trouvent les malades.

M. Verneuil fait observer que le pansement de Lister est employé en ce moment par plusieurs membres de la Société et qu'il y a par conséquent tout avantage à attendre, pour se livrer à une discussion sérieuse, que les faits recueillis soient en nombre suffisant.

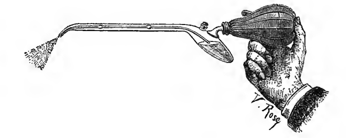
Présentation de malades. — M. Trélat présente un malade chez lequel il a reséqué le nerf sciatique dans une longueur de 22 centimètres; la marche se fait actuellement comme avec un pied mécanique. Il présente, en outre, un pied qu'il vient d'enlever chez un malade qui avait subi autrefois une résection du calcanéum pour un écrasement.

Elections. — M. Gillette est nommé membre titulaire de la Société.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

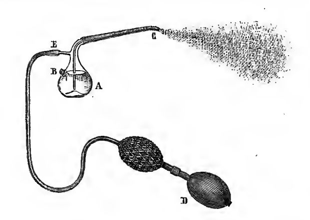
Séance du 24 mai 1876 ; présidence de M. Oulmont.

Nouveau pulvérisateur pour le pharynx et les cavités profondes. — M. Mourrut présente un instrument qui permet de pulvériser les solutions médicamenteuses dans le pharynx et les cavités plus ou



moins profondes; cet appareil, comme le montre le dessin ci-joint, présente les avantages suivants : il peut être manié d'une seule main, il permet d'user d'une très-petite quantité de liquide; enfin il pulvérise au loin et sur une certaine étendue les solutions médicamenteuses.

M. Bucquoy rappelle qu'il a fait fabriquer par M. Mathieu un appareil



qui offre quelque analogie avec le précédent. Seulement le jet, au lieu d'être intermittent comme dans l'appareil précédent, est continu,ce qui présente un réel avantage.

De l'empoisonnement par l'acide phénique. — M. Ferrand s'est occupé dans ces derniers temps des empoisonnements par l'acide

phénique. Il pense que cette substance agit: 1° par une action corrosive; 2° par ses effets diffusés après absorption; 3° en altérant le sang. L'altération du sang est, d'après lui, le phénomène capital.

Pour provoquer l'expulsion hors de l'économie de l'acide phénique ingéré par l'estomac, il conseille l'ipéca, ou mieux l'apomorphine, ou la pompe stomacale avec lavage. Il ne faut pas compter sur les antidotes: aucun ne réussit à neutraliser l'acide; le meilleur est, d'après lui, le *sucraté de chaux*.

Sucre	16 parties.
Eau	40 —
Chaux caustique	5 —

Si l'absorption a eu lieu, ces moyens n'ont naturellement plus leur raison d'être. On doit se rejeter sur les sinapismes, frictions, fomentations, rhum, éther, ammoniaque, térébenthine, stimulants diffusibles, etc. Afin d'activer l'élimination du poison par ses émonctoires naturels: reins, intestins, poumons, on conseillera: boissons alcalines, lait, vin blanc, café léger; enfin, pour aller plus vite, saignée, transfusion du sang, peut-être inhalations d'oxygène.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Bons effets de la glycérine dans le traitement du diabète. — Dans les *Archives de Virchow* (Band LXV, Heft 4) est un article du docteur Julius Jacobs sur le traitement du diabète par la glycérine. Divers auteurs sont cités comme ayant employé cette substance avec de bons résultats, et il est question de la théorie de Schultze sur son action, savoir. que les diabétiques sont privés de leurs matériaux respiratoires par l'excrétion du sucre, et sont par conséquent obligés de consumer leur graisse et leurs composés protéiques; mais que, lorsque la glycérine, qui ne peut être convertie en sucre dans l'économie animale, est administrée, l'acide carbonique et l'eau sont formés et la respiration maintenue sans aucun appel des tissus du corps. On distingue deux formes du diabète: celle dans laquelle un régime approprié est suffisant pour la guérison, et celle dans laquelle ni les médicaments ni le régime ne font pas grand chose. De la dernière espèce on rapports deux cas dans le mémoire, avec tableaux des analyses quotidiennes de l'urine. Sous le traitement par la glycérine on dit que les malades sont restés parfaitement exempts de catarrhe gastrique et intestinal, de l'anorexie, des vomissements, etc., qui en résultent.

Dans le premier cas le régime fut restreint aux aliments animaux, aux œufs, légumes, chocolat, café et thé. Mais on ne permit au patient que 5 onces de pain de froment pendant une certaine partie du temps. On le mit à la prescription de Schultze, savoir: glycérine, 25 grammes; acide tartrique pulvérisé, 5 grammes; eau, 700 grammes, pour vingt-quatre heures. La quantité de sucre diminua un peu, mais le poids spécifique de l'urine resta de 1 050 à 1 060. Le poids du corps resta stationnaire.

Dans l'autre cas, le suc diminua aussi sensiblement en quantité par l'administration de la glycérine et un régime restreint. Le docteur Jacobs, cependant, pense que l'amélioration ne fut pas due à ce dernier, qui ne put améliorer l'état du premier malade.

L'auteur conclut qu'aucun des

médicaments connus ne peut encore guérir le diabète. Certains d'entre eux peuvent alléger les symptômes et prolonger la vie. Il en est ainsi de la glycérine, si l'on persiste daos son administration. Cette opinion est basée sur ce que, par son emploi, la quantité de sucre et d'urine excrétée diminue, ainsi que la soif, et qu'il n'y a pas de diarrhée; que la santé générale du malade s'améliore; et que s'il ne gagne pas en poids il n'en perd pas non plus.

On avoue cependant avec une sincérité parfaite que, sur chacun de tous ces points, Kulz, d'après l'observation d'autres cas, a établi une opinion tout à fait opposée. L'auteur tient un certain compte de ce fait, que le poids spécifique de l'urine sécrétée varie en raison inverse de la quantité de sucre. Ce fait fut si constant, qu'il pouvait dire d'après l'augmentation du poids spécifique, que le sucre avait diminué. L'explication de cela est que par l'administration de la glycérine le sucre est converti en un autre corps d'une pesanteur spécifique plus graode et ne donnant pas de réaction avec le cuivre, et que cette nouvelle substance, étant excrétée par l'urine, augmente sa pesanteur spécifique. (*London med. Record*, 15 avril 1876, p. 167.)

Bons effets de la trépanation dans l'épilepsie. — Le professeur W. T. Briggs rapporte (*Nashville Journ. of Medicine et Surgery*, février 1876), le cas d'un homme, âgé de trente ans, qui avait été sujet à l'épilepsie peodant beaucoup d'années à la suite d'une chute sur la tête. On trouva une cicatrice ancienne vers le milieu du pariétal droit, avec une légère dépression. On enleva un disque osseux, à la surface interne duquel était une petite exostose. Au bout de six semaines, le malade était entièrement guéri de l'opération. Tous les symptômes nerveux avaient disparu, et il n'y avait pas eu de retour des convulsions, qui auparavant survenaient toutes les semaines. (*Philadelphia Med. Times*, 15 avril 1876, p. 346.)

Procidence du cordon ombilical. Postural treatment. — La procidence du cordon ombilical est un accident très-grave pour le fœtus qui dans la grande majorité des cas succombe pendant l'accouchement. M. John Brunton rapporte un certain nombre de succès dus à une méthode qui a été conseillée par M. Gaillard-Thomas (de New-York) en 1858. A l'état normal, la femme étant couchée sur le dos, que trouve-t-on? Le cordon, tige flexible et glissante, et l'utérus qui offre un plan incliné de haut en bas. Si donc, pendant le travail, la partie qui se présente ne vient pas s'appliquer exactement sur le bassin et sur le segment inférieur de l'utérus, le cordon pourra faire procidence et tomber dans le vagin. On place alors la femme sur les coudes et sur les genoux la tête reposant sur le lit; en un mot, dans la position que prennent les Orientaux dans leurs prières; l'inclinaison de l'utérus étant tout à fait opposée, le cordon pourra se réduire. Après un certain temps, dix minutes environ, les contractions utérines ayant appliqué sur le segment inférieur de l'utérus la partie qui tend à s'engager, on peut replacer la femme dans la position normale. (*The Obstetrical Journal* et *Archives de tocologie.*)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Bons effets du traitement des angiômes au moyen de l'électrolyse. (*L'Osservatore*, 2 mai 1876, t. XVIII, p. 273.)

Ablation du cuboïde dans le varus congénital. (Dr Little, *Brit. Med. Jour.*, 13 mai 1876, p. 594.)

Traitement de la cataracte par succion. (Smell, *id.*, p. 595.)

Réduction d'une hernie inguinale étranglée par l'insufflation de l'intestin. (Joy, *id.*, p. 595.)

Céphalotripsie (Cinq cas de) par le forceps de Guyon. (Chiarleoni, *Gazetta medica Italiana Lombardia*, 27 mai 1876, p. 211.)

Bains turcs (Influence des) sur la respiration. (Buckniell, *the Lancet*, 20 mai 1876, p. 736.)

Tétanos (Cas de) consécutifs à l'injection sous-cutanée de sulfate de quinine dans la fièvre intermittente, et rapidement mortels. (Roberts, *the Lancet*, 20 mai 1876, p. 736.)

Hypophosphites de chaux et de soude dans la phthisie. (Charteris, *the Lancet*, 13 mai 1876, p. 704.)

Section du tendon d'Achille dans un cas de luxation du pied en arrière avec fracture du péroné. Réduction facile à obtenir, mais impossible à maintenir avant la section tendineuse. Guérison. (Sir Reginald Harrison, *the Lancet*, 13 mai 1876, p. 707.)

Guérison d'un anévrysme de l'aorte ascendante par l'acupuncture, d'après la méthode de Ciniselli. Guérison. (Dr Ottoni, *Gazetta medica Italiana Lombardia*, 1876, p. 171 et 181.)

VARIÉTÉS

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : les docteurs Pré (de Chef-Boutonne) et Cheval, médecin de première classe de la marine.

RÉUNION DES MÉDECINS DÉPUTÉS ET SÉNATEURS. — Les médecins, membres du Sénat et de la Chambre des députés, se sont réunis hier dans le but de constituer un groupe extra-parlementaire qui examinerait toutes les questions d'ordre médical pouvant être soumises aux assemblées législatives, notamment les questions d'assistance publique et d'hygiène publique.

Voici les noms des trente-sept médecins qui siégent à la Chambre :

MM. Allemand, Bamberger, Bartoli, Bouquet, Bourgeois, Bruneau, Chevandier, Clémenceau, Cornil, Devade, Dufay, Durand, Frébault, Garrigat, Grosgurin, Guyot, Joubert, Lacascade, Laussedat, Lemonnier, Liouville, de Mahy, Mallet, Marmottan, Mas, Mollien, Moreau, Naquet, Poujade, Roussel, Rouvre, Souchu-Servinière, Soye, Thomas, Tiersot, Turigny, Vacher et Vernhes.

Au Sénat, les médecins sont au nombre de sept :

MM. Bonnet, Cazalas, Claudot, Littré, Rampont (Yonne), Charles Robin et Testelin.

Cette commission a nommé M. Laussedat président; M. Soye, vice-président, et M. Liouville, secrétaire.

Elle a décidé de commencer ses travaux par l'étude de la proposition de M. Richard Waddington sur l'Assistance publique dans les campagnes, et celle de M. Parent sur les eaux minérales.

Deux sous-commissions ont été nommées pour faire chacune un rapport sur ces propositions.

NÉCROLOGIE. — Le docteur LEQUESNE (de la Besace), dont nous avons publié les recherches sur l'action du jaborandi dans la pleurésie, vient de mourir par accident à l'âge de trente-sept ans. — Le docteur BOURECH, médecin à bord du paquebot transatlantique *la Gironde*, vient de mourir de la fièvre jaune qu'il avait contractée à Rio-Janeiro. — MM. CAHOURS, JOLICLERC, DEFOS DU RAU, MARQUET, GASMANN et NAUT, médecins militaires. — COMMAILLE et PERINET, pharmaciens militaires. — Le docteur ALLING, ancien interne des hôpitaux, vient de mourir, à l'âge de trente-quatre ans, à Alger. — Le docteur Robert CHEEVE, trésorier de Westminster Hospital.

L'administrateur gérant : DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Réflexions sur la pneumonie et sur son traitement à propos d'une épidémie de bronchite et broncho-pneumonie (1) ;

Par le docteur DAUVERGNE père, médecin de l'hôpital de Manosque et des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier.

RÉFLEXIONS CLINIQUES.

En examinant la plupart de ces observations on est frappé de ce fait, que les phénomènes locaux broncho-pulmonaires ne répondent pas toujours à la gravité de l'état général, fièvre ou dyspnée, ataxie ou adynamie ; de sorte que, quoique nous n'ayons pas vu chez ces malades de vastes hépatisations pulmonaires, les troubles fonctionnels n'en étaient pas moins fort graves. Ce qui l'atteste, c'est que, bien que pendant l'hiver de 1875, je n'ai perdu, sur dix-sept malades, que la femme de quatre-vingt-cinq ans (obs. VIII), à la suite d'une troisième rechute ; il est mort, à Manosque, plusieurs personnes dans la vigueur de l'âge. De même il résulte d'une statistique que notre ami le docteur Gibert a publiée dans le *Marseille médical*, qu'il est mort dans cette ville, pendant cette même année, deux mille cinq cent trente-six sujets atteints d'affections des voies respiratoires, alors même que la variole, qui y régnait en même temps, n'a fait que sept cent cinquante-six victimes.

Ce genre de phénomènes de disproportion entre la lésion locale et l'atteinte générale de l'organisme n'est d'ailleurs pas si rare, puisque le professeur Hirtz, dans le *Journal de thérapeutique*, s'exprime ainsi : « On oublia pendant longtemps une vérité d'observation banale à force d'être vraie : c'est le défaut de proportion entre la lésion organique et la lésion fonctionnelle consécutive; d'où il résulte qu'une affection locale très-limitée d'étendue et de profondeur peut produire, secondairement, les phénomènes les plus dangereux, en déterminant un appareil fébrile ou un collapsus formidable, et inversement, une lésion très-grave évoluer

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

bénignement et aboutir à la guérison par un chemin uni et facile. » (*Moniteur de thérapeutique*, p. 94, 1876.)

J'ai déjà fait remarquer que chez les malades de l'hiver 1875, chez qui l'on ne constatait qu'une légère matité limitée, ou soit plus étendue, mais peu prononcée, on observait des crachements de sang presque pur, comme hémoptoïque, notamment chez le vieux gendarme. Cette particularité tiendrait-elle ici à une organisation spéciale ? Y aurait-il à rapprocher de ce phénomène cet autre fait que, six mois auparavant, son fils, âgé d'une trentaine d'années, aurait eu, pendant les grandes chaleurs, une hémoptysie abondante et surtout persistante ? non pas à grands flots, mais filants, rutilants aussi, et avec fièvre ? Dans l'un et l'autre cas, devrait-on cette circonstance à des dépôts phymiques indurés et latents chez le vieillard, à leur premier degré d'évolution sur le jeune homme ? Nul symptôme local appréciable ne l'indiquait. Toutefois, dans nos contrées, les symptômes de la tuberculose sont toujours très-obscurs et à peine assez distincts à la dernière période de la maladie. M. Barth pourrait ici l'attester au sujet d'une jeune dame que je lui adressai, et pour laquelle il manifesta son étonnement que les symptômes locaux ne fussent pas en rapport avec l'altération générale.

Serait-ce encore sous les mêmes causes climatériques ou atmosphériques de l'année que je devrais ranger un garçon de dix ans et une femme de cinquante ans, qui ne comptent nullement dans le nombre de mes vingt-cinq malades, qui eurent des hémoptysies ou apoplexies pulmonaires ? L'enfant vomissait le sang à grands flots et la femme avait des crachements filants, spumeux, rutilants, je les traitai par une potion stibiée et digitalisée à hautes doses, mais fractionnées et rapprochées, qui triompha de l'hémorrhagie comme des phlegmasies pulmonaires. C'est ainsi que ces faits peuvent sanctionner ce que dit M. Ferrand dans son récent ouvrage : « L'expectoration sanguine qui accompagne le vomissement provoqué par les émétiques est peu dangereuse en ce qu'elle ne provient pas d'une excrétion sécrétoire qui pousserait à l'hémorrhagie, mais qu'elle est seulement l'expulsion en dehors de matériaux en voie d'excrétion et qui encombrent les canaux bronchiques en les irritant par leur contact. » (*Traité de thérapeutique médicale*, p. 316.)

Au commencement de ma pratique, j'administrai, dans les cas d'hémoptysie, des astringents sous toutes les formes, même le

perchlorure de fer. Mais je n'ai pas retiré de grands effets de ce genre de médication, à ce point que j'ai dû croire, comme MM. Pidoux et Fonssagrives, que l'écoulement sanguin tarissait plutôt de lui-même que sous l'influence de tels remèdes. Je craignais avec Trousseau que les préparations ferrugineuses ne favorisassent même les progrès de la tuberculose. D'après ces principes, je m'en abstins chez le fils du gendarme, me bornant à des pilules stibiées et digitalisées, imitant en cela les doctrines de Lanthois, de Bricheteau, de Fonssagrives, et des boissons froides nitrées, préconisées par Aran, lorsque, à la fin de ce crachement de sang qu'entretenaient les chaleurs de l'été, un jeune confrère prescrivit le perchlorure de fer ; l'hémorrhagie s'arrêta et l'on cria au miracle. Pauvre humanité, pauvre peuple, pauvres médecins !

Quoi qu'il en soit des difficultés de la science, du hasard de la pratique, des incertitudes de la science, constatons qu'aujourd'hui j'administre, avec bien plus de succès, le tartre stibié à plus hautes doses pour obtenir de plus grandes perturbations organiques et dérivatives, et que soit bronchites, pneumonies, hémoptysies, apoplexies pulmonaires ne peuvent être atteintes comme individu, comme être maladie, mais par l'impulsion imprimée à l'organisme fonctionnel tout entier ; ce qu'a parfaitement compris le professeur Hirtz lorsqu'il a dit récemment : « Les appareils généraux de l'organisme, système nerveux, circulatoire, *ajoutons appareils sécrétoires*, sont bien plus accessibles à nos modifications que l'organe malade lui-même... Si nous voulons nous abstraire un instant de nos idées préconçues, nous verrons que c'est presque toujours indirectement ou par l'intermédiaire des fonctions générales que notre thérapeutique atteint le foie, le poumon, le rein, et cela dans les maladies aiguës comme dans les chroniques. » (*Ibid.*, p. 95.) Et pour les maladies dont nous traitons, est-il impossible de se rendre compte des effets médicateurs vomi-purgatifs par leur action physiologique ?

Les poumons, le cœur, l'estomac, ne reçoivent-ils pas la vie, la sensibilité, l'ordre fonctionnel du même nerf, le nerf vague ? Est-il étonnant que l'irritation portée sur la branche nerveuse qui vivifie l'estomac, en y accumulant l'excitation, ne détourne celles du poumon et du cœur ; qu'en activant sur celui-ci la contractilité musculaire, en y appelant les flux sécrétoires et sanguins, je ne parle pas de l'ébranlement général occasionné par le vomissement, ne détourne également l'hypérémie et la stagna-

tion des autres organes qui sont régis et gouvernés par le même nerf?

Ces effets, du moins de l'aveu de presque tous les cliniciens, sont bien démontrés et évidents, sans y comprendre, toutefois, assez l'action diacritique intestinale qui, lorsqu'elle se produit et s'ajoute à l'action vomitive, détermine en même temps un certain vide dans les vaisseaux, partant la résorption et la résolution de l'hypérémie pulmonaire comme le prouvent si manifestement nos observations. Notre savant condisciple et cher président de l'Association générale des médecins de France, M. Henri Roger, dans son remarquable article de la broncho-pneumonie, s'exprime ainsi : « Les vomitifs sont, dans ces conditions, le remède par excellence : par les secousses des parois stomacales et du diaphragme qu'ils déterminent par l'acte du vomissement, ils mettent en jeu synergiquement les puissances expiratrices ; ils réveillent la tonicité des bronchioles, s'opposent au séjour prolongé des l.quides dans ces petits tubes, à la dilatation de ceux-ci et à leur paralysie consécutive ; ils provoquent une sécrétion de la membrane muqueuse de l'estomac ; en un mot, ils suppléent au défaut de l'expectoration et la poitrine se trouve comme mécaniquement vidée. » (*Dict. encycl.*, t. XI, p. 63.)

Mais lorsque le parenchyme pulmonaire est engoué et hypérémié, si les antimoniaux ne produisent pas en même temps des hypersécrétions intestinales, leurs effets si évidents et si rapides, lorsqu'ils effectuent la double action vomitive et purgative, restent incomplets. Le pouls qui s'était ralenti se relève, la chaleur remonte, la dyspnée reparait ainsi que les crachats sanguinolents, partant la résolution de l'engouement s'arrête ou son hypérémie augmente. C'est ce qui est arrivé dans les sujets des observations I, IV et VII, et alors, si l'on persiste dans l'emploi des antimoniaux, quoique associés avec la scille et le colchique, ils procurent des vomituritions ou des vomissements fatigants, pénibles, quelquefois des lipothymies, et s'ils effacent le pouls, ils n'agissent plus sur la défervescence ni sur la résolution phlegmasique. Suffisamment averti par ces phénomènes, c'est dans ces cas que j'ai employé la potion huileuse purgative, qui m'a paru agir plus spécialement que tout autre purgatif après le remède antimonié; remède que je reprends presque toujours et qui, chose remarquable, continue souvent les excrétions intestinales commencées par la mixture huileuse.

On l'a vu par mes observations, lorsque cette excrétion intestinale s'est effectuée et d'autant mieux qu'elle a été plus abondante et continue, la résolution pulmonaire marche dans les mêmes proportions. Ne peut-on admettre que ces éléments diacritiques, sans doute excrémentitiels, réveillent l'absorption par le vide qu'ils opèrent dans les vaisseaux et produisent particulièrement la défervescence par la soustraction d'éléments hydrocarbonés? Toujours est-il que lorsque cette élimination est abondante et prolongée, l'abaissement et la concordance des symptômes locaux et généraux révèlent presque aussitôt et progressivement les signes de la convalescence.

Nos observations de ces deux dernières années attestent ces effets médicateurs avec la plus grande évidence, tandis que notre vieille pratique l'avait déjà remarqué ; car déjà je disais en 1869 : « La rémission des symptômes est très-souvent telle, lorsque les évacuations se sont prolongées douze ou quinze heures, qu'on croirait avoir jugulé la maladie... Aussi, loin d'ajouter l'opium aux sels d'antimoine, comme je le faisais autrefois, à l'exemple de nos maîtres, pour obtenir la tolérance, je lui associe la digitale, l'ipéca, la scille ou le colchique, pour favoriser leur action dyacritique... » Et pour attester que des faits autres que les miens démontraient aussi les effets thérapeutiques de ces évacuations, je citais dans la même page Chomel et Sestier, lorsqu'ils disent que : « sur 24 pneumoniques traités par la saignée et les antimoniaux, 13 moururent ; que sur ces 13 morts, la tolérance fut complète sur 7, et les 5 autres n'avaient éprouvé que de légers effets sur le tube intestinal ; tandis que *les 11 malades qui ont guéri ont eu tous, à l'exception de 2, des nausées, des vomissements et le plus souvent des selles plus ou moins abondantes*. Ces évacuations, ajoutaient-ils, amenaient une amélioration plus ou moins rapide, mais déterminaient en même temps un grand accablement. » (Chomel et Sestier, *Sur la pneumonie*, p. 545, et nos articles sur la même maladie, *Bullet. de Thérapeut.*, t. LXXVI, p. 490.)

L'accablement ! qu'importe ! lorsque le vieux gendarme et surtout la vieille femme de Corbière en éprouvèrent un si grand, à la suite d'une profusion d'évacuations ! Ce qui ne les empêcha nullement, au sixième jour, d'entrer en convalescence et de me permettre de cesser mes visites. Accablement qui n'est pas de longue durée, puisque le tonnelier partit en voiture pour une grande

course au moment où j'allais le voir pour la dernière fois et lui tracer son régime.

Cet accablement ne tiendrait-il pas plutôt aux saignées qu'employaient concurremment Chomel et Sestier? saignées qui ne peuvent qu'atteindre la vitalité et auxquelles on peut encore appliquer ces paroles de M. Ferrand : « L'évacuation sanguine ne combat pas l'effort congestif et elle ne peut rien pour l'empêcher de se reproduire ; elle semble même parfois, en lui facilitant une solution, lui faciliter le retour. » (Ouvr. cité, p. 257.) Que combat-elle donc? La fièvre? Amène-t-elle la défervescence? J'ai particulièrement prouvé, dans les mémoires cités plus haut, qu'après les saignées *largâ manu*, comme on les prescrivait généralement alors, je soulageais aussitôt, je ralentissais et rapetissais le pouls à l'instant, mais que, trois heures après, la chaleur n'était que plus vive, le pouls plus large et plus fréquent, la couenne sanguine plus épaisse à mesure que je saignais. Désolé donc parce que je saignais pour abattre la fièvre et que je ne parvenais qu'à l'augmenter, je m'écriais comme Galilée : « Cependant la *terre tourne!* » parce que tout le monde ne connaissait rien de mieux pour combattre cette fièvre. A bout de ressources, puisque j'employais aussi les antimoniaux à la méthode Razorienne, les vésicatoires obligés, je m'avisai de faire de petites saignées, *sero, meridie et mane*, pour amener moins de réaction et une sédation plus soutenue. Cette méthode, approchant de celle de M. Bouillaud ou de Bosquillon, me réussit un peu mieux, mais je n'obtins que de petits succès, des résolutions lentes et difficiles, des convalescences interminables et même des rechutes. Aujourd'hui j'arrive, comme les faits l'attestent, bien plus sûrement, plus promptement et surtout plus souvent, avec les hypersécrétions gastro-intestinales, aux effets thérapeutiques recherchés :

1° Parce qu'on désemplit ainsi également les vaisseaux ;

2° Parce qu'on diminue beaucoup mieux la caloricité en enlevant particulièrement à l'organisme des matériaux excrémentitiels hydrocarbonés ;

3° Parce que, par la révulsion qui s'opère en même temps, on appelle ailleurs la fluxion sanguine qui détourne d'autant l'hypérémie ou l'exsudat pathologique ;

4° Révulsion d'autant plus favorable qu'elle s'opère sur une plus grande surface, l'étendue du tube intestinal ;

5° Hypersécrétion d'autant plus puissante et pareillement plus efficace qu'elle provient du système glandulaire le plus complexe et le plus étendu : foie, pancréas, follicules de Meyer et de Peyer ;

6° D'où résulte à la fois la plus grande sédation et la plus parfaite dépuration, qui nécessairement entraînent la défervescence ;

7° Donc l'accablement qui suit les nombreuses évacuations alvines est vraiment la plus puissante sollicitation des résorptions congestives ou néoplasiques ; par conséquent, le meilleur moyen de changer la manière d'être de certaines maladies et en particulier des phlegmasies pulmonaires ;

8° Et tout cela, bien que toute sécrétion se fasse aux dépens du milieu intérieur, qui n'est autre que le plasma du sang, « il est évident que toute sécrétion aura pour conséquence aussi l'anémie, mais une anémie qui portera plus sur les éléments du plasma que sur les hématies. C'est pourquoi cette anémie est plus facile à réparer que celle qui succède aux hémorrhagies. » (Ferrand, ouv. cit., p. 342.)

La saignée est donc bien évidemment condamnée, soit par ses effets physiologiques, soit par les résultats cliniques. D'un côté, nous voyons les faits que relate le grand clinicien Chomel. J'ai montré ailleurs ceux qui émanent de la clinique de Lherminier dans les œuvres de l'illustre Andral ; je n'ai pas dissimulé les cas malheureux qui ressortissaient à ma première pratique ; j'ai montré la différence de ma seconde, et j'expose ici les résultats du perfectionnement que j'ai cru y apporter par les purgatifs, lorsque l'action des antimoniaux ne provoque pas de sécrétions intestinales : vingt et une guérisons sur vingt-cinq malades, et encore, de ces quatre morts, une seule provient de ma série de dix-sept de l'année 1875 et trois de la série de huit de cette année. Verra-t-on dans la première une série heureuse et dans l'autre une série ordinaire? J'ai indiqué plus haut les circonstances qui ont entouré les maladies de ces quatre vieillards, l'incurie ou les imprudences qui avaient été commises, et dont l'une était atteinte depuis longtemps d'emphysème pulmonaire, de dilatation bronchique, et probablement aussi des gros vaisseaux de la poitrine. Au reste, en admettant que tous ces malades fussent dans les mêmes conditions, vingt et une guérisons et quatre morts sur vingt-cinq malades, n'est-ce pas un résultat tout différent de celui de Chomel, treize morts sur vingt-quatre? Et encore, pour ne sauver que

les onze chez qui la nature ou l'organisation individuelle avaient produit des hypersécrétions intestinales sans qu'on les cherchât et comme par hasard, tandis que je les provoque parce que j'en prévois les effets et j'en attends les résultats.

Que ne pourrais-je pas ajouter ici ! que j'ai vu succomber des malades chez lesquels l'action purgative ne pouvait pas être déterminée lorsque la vitalité des grands appareils s'était affaissée par la longueur du mal, le temps perdu, le collapsus général, qui ne pouvait être remonté, etc. Preuve nouvelle que nous ne pouvons agir qu'indirectement sur la lésion, et que c'est l'organisme, mis dans certaines conditions ou *manières d'être*, qui effectue véritablement la guérison. C'est ainsi que j'ai vu un jour un excellent confrère, M. Jouvens de Gréoulx, désolé d'avoir perdu un homme chez lequel le tartre stibié n'avait produit aucun effet, accuser la mauvaise qualité du médicament.

On le voit, ce ne sont pas des idées survenues tout à coup et par hasard, mais les faits, la force de l'observation, les méditations sur la science physiologico-pathologique, qui m'ont amené à ces principes. Ainsi, lorsque je disais, en 1851, que les maladies n'étaient que des perversions fonctionnelles, qui ne guérissent que par les mouvements organo-fonctionnels naturels ou provoqués (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XL, p. 337, 433, 505); lorsque je développais ces idées dans mon *Dogmatisme pratique des maladies dartreuses en particulier et des chroniques en général* (*ibid.*, t. XXXVII. 1840); dans mon *Hydrothérapie générale*, in-8°, 1853, et même dans tous mes écrits, je ne faisais qu'expliquer et étendre cette assertion irrécusable de Bordeu, que *la maladie n'est pas un être*, *mais une manière d'être*, et devancer M. le professeur G. Sée lorsque ces jours derniers, dans une belle leçon à l'hôpital de la Charité, il disait : « Le médicament ne possède de valeur que par son incompatibilité avec les fonctions, sa manière de vivre avec l'organisme. C'est par une perturbation médicamenteuse que nous attaquons les désordres produits par la maladie, et c'est dans cette perturbation que résident les effets physiologiques du médicament. » (*Moniteur thérapeutique*, p. 44, 1875). Vérité que je vois exprimée sous une autre forme et que je suis heureux de rencontrer toujours plus explicitement annoncée par les médecins d'élite de nos jours, puisque je lis encore dans l'œuvre citée du professeur Hirtz : « Avant la lésion visible, il y a un fonctionnement altéré, et c'est à ce fonctionnement, élément

actif et, par conséquent, modifiable, que la thérapeutique doit s'adresser, et non pas à des éléments morts, voués fatalement à l'élimination. » (*Ibid.*, p. 109.) Eléments pathologiques sur lesquels nous n'avons d'autre action que celle que peuvent avoir les fonctions d'absorption, que nous provoquons précisément, et surtout par des éliminations.

J'ai donc toujours dit, et je soutiens particulièrement aujourd'hui que les hypersécrétions intestinales que nous déterminons dans la pneumonie n'enlèvent pas seulement du plasma au sang, mais des matériaux excrémentitiels qui gênent surtout le mouvement physiologique curateur : l'abaissement de la caloricité, la contractilité vaso-motrice nécessaire à la résorption des hypérémies, des néoplasies, et, partant, à leur résolution et élimination. Or, j'en trouve l'assurance dans les expérimentations de M. Claude Bernard, puisqu'il a prouvé que la sécrétion glandulaire n'emprunte pas seulement au sang quelques-uns de ses matériaux, mais qu'elle modifie sa crase, de telle sorte *que le sang rutilant qui arrive à la glande en sort noir et chargé d'acide carbonique*. Il suit donc évidemment de tout cela que, loin de chercher la tolérance du remède à l'exemple de l'école italienne, trop longtemps suivie en France, je sollicite par tous les moyens la perturbation organique, et particulièrement les sécrétions excrémentitielles.

INDICATIONS ET CONCLUSIONS PRATIQUES.

Nous venons de rappeler, ce dont j'avais particulièrement traité en 1869, que les saignées que nous adressions contre la fièvre, contre la défervescence, voire même dans l'intention de résoudre la phlegmasie pulmonaire, n'arrivaient qu'à affaiblir inutilement les fonctions organiques réactionnelles. Mais on assure qu'elles peuvent avoir une autre indication, toute mécanique, lorsque la machine hydraulique est encombrée et gênée dans ses mouvements, que le cœur, cette soupape aspirante et foulante, est paralysé par l'abord et le trop-plein du liquide, et qu'il faut redonner promptement au centre circulatoire l'impulsion qu'il perdait par cette *plethora ad vasa*.

Mais le difficile est de reconnaître ces rares circonstances pathologiques. Est-ce la plénitude du pouls, la turgescence de la peau, sa rougeur, la force de la constitution qui seront des

signes de cette pléthore ? Ne sont-elles pas plutôt des indices certains que le cœur n'est nullement gêné dans ses impulsions et qu'il lance très-énergiquement le sang dans les plus petites extrémités de ces *vasa vasorum* ? Ne nous sommes-nous pas passés avec avantage de la saignée chez les hommes les plus robustes ? Serait-ce alors la petitesse du pouls, ses intermittences, la pâleur du visage et des extrémités, les battements faibles et désordonnés du cœur ? Mais ne serait-ce pas ici de la faiblesse, un manque de vitalité, d'influx nerveux, un spasme ?

Je viens d'être témoin, ces jours-ci, d'un fait qui ne peut se rattacher qu'à de tels phénomènes : Une dame de soixante-treize ans, atteinte de leucémie, est prise depuis quelque temps de palpitations et d'une fréquence du pouls qui s'élève jusqu'à 110, 120, sans que l'auscultation fasse entendre le moindre bruit anormal dans le cœur ; cependant les jambes se sont enflées, la respiration est précipitée, pénible, surtout au moindre mouvement ; ces symptômes et la décoloration de la peau et des muqueuses confirment l'anémie. Un soir, les battements du cœur semblent s'effacer, le pouls se ralentit jusqu'à 60 : il est intermittent ; la respiration est précipitée, la dyspnée extrême ; toutefois le poumon respire jusque dans ses moindres vésicules. Fallait-il saigner ? Je promène des sinapismes sur les extrémités inférieures, je donne quelques cuillerées de vin de Malaga, et tout rentre dans l'ordre ; le pouls remonte à 80 et y reste sans varier pendant quelques jours.

Avouons donc que les cas où la saignée est indiquée sont aussi obscurs que rares, et que lorsqu'on est assez heureux pour en saisir la difficile indication, on doit, dans la pneumonie, se hâter de recourir aux moyens qui, en enlevant des matériaux excrémentitiels inutiles ou morbides, permettent d'arriver au but physiologique recherché, tout en conservant ceux qui ménagent les forces organiques nécessaires aux effets médicateurs du consensus fonctionnel, qui doit achever la cure ; car M. Peter même, qui paraît quelque peu partisan de la saignée, avoue qu'on atteint par elle la vitalité. (Voir notre article du *Bullet. de Thérapeut.*, t. LXXVII, p. 119.)

Que dirai-je contre les vésicatoires que je n'aie déjà dit ? « Les vésicatoires, déclare M. Ferrand, en excitant les centres de perception sensitive, ont des inconvénients que leur utilité dérivative ne pourra pas toujours compenser. » (Ouv. cit., p. 265.)

Mais est-il besoin de pareille dérivation qui ne peut s'exercer que sur une petite surface, lorsqu'on en a une cinquante fois plus étendue sur le tube gastro-intestinal? On peut donc conclure en toute sûreté avec l'éminent professeur Andral, qu' « au commencement de la pneumonie les vésicatoires sont dangereux, et qu'à la fin ils sont inutiles. » (*Cours de pathologie*, t. I, p. 395.) Donc, sans rappeler les citations que nous avons produites dans un article spécial, de Louis, Chomel, Grisolle, Valleix, Rilliet et Barthez, de Trousseau et Pidoux, de Coste (de Bordeaux), Fonssagrives, Forget (de Strasbourg), contre ces épispastiques (*Bull. de Thérap.*, même tome, p. 195), disons que non-seulement il est douteux qu'une révulsion sur les parois du thorax, si près du poumon hyperémié, soit réellement utile, mais que même Louis, Laënnec, Valleix pensaient qu'elle ne peut agir qu'au bénéfice de la phlegmasie.

Toujours est-il que la quantité de matériaux que la suppuration des vésicatoires enlève au sang est dérisoire et que cette suppuration soustrait au sang non-seulement du plasma, mais surtout des hématies, puisque le pus, d'après les physiologistes, ne serait constitué que par des globules transformés. En conséquence, si les vésicatoires ont un effet spoliateur, il est insuffisant comme quantité et fâcheux comme qualité; car cette qualité peut être nécessaire dans le moment pour lequel leurs plus raisonnables partisans les réservent, c'est-à-dire lors de cette période ultime de l'affection, dans laquelle l'organisme a besoin de toutes ses ressources et ses forces, et au moment où il ne peut être sans inconvénient d'affaiblir l'hématopoièse.

Croirait-on qu'ils peuvent agir sur l'exsudat sanguin par endosmose, comme la physiologie grossière du public et peut-être de quelques médecins le suppose, dans la pleurésie avec épanchement, dans les hydarthroses? Mais ce genre d'action n'est pas possible dans la pneumonie et même dans les épanchements cités, parce que les parois du thorax, des articulations sont constituées par des tissus divers et complexes et ne sont pas une simple membrane, comme les faits de Legallois l'ont démontré. D'ailleurs, s'il en était ainsi, pourquoi des badigeonnages avec des solutions iodurées, qui ne produisent ni cloche séreuse, ni suppuration, agiraient-ils beaucoup mieux que les vésicatoires dans ces épanchements? Dans ce cas, il s'agit d'une simple irritation de la peau, mais d'une stimulation médicamenteuse qui doit

pénétrer jusqu'à la séreuse pour exciter l'absorption. Du moins c'est une méthode que j'emploie avec avantage depuis longtemps dans tous ces cas et que je viens d'étendre avec succès à une ascite compliquée d'anasarque, qui, chez un enfant, à la suite d'une rougeole grave, avait résisté pendant plus d'un an à tous les moyens : à la diète lactée, plus tard sèche, aux sudations, aux diurétiques sous toutes les formes, à des purgations répétées, fréquentes et prolongées. Enfin ces dernières, additionnées de l'usage de l'iodure de fer à l'intérieur et des badigeonnages avec la solution iodurée concentrée de Lugol sur les parois abdominales, en ont triomphé. Le même moyen m'a réussi deux fois dans l'hydrocèle chez les vieillards.

Resterait donc simplement aux vésicatoires la révulsion, que les sinapismes, sans ulcération, sans douleur persistante, produisent d'une manière plus énergique, momentanée ou soutenue, toujours variée, parce qu'on peut, en les renouvelant ou les déplaçant à volonté, diminuer ou effectuer une plus ou moins grande excitation cutanée et surtout une phlogose capillaire plus active ; car, lorsque le vésicatoire est en suppuration, il est peu prouvé que son excitation congestive soit bien manifeste. Enfin, dans ces moments de la maladie, il n'est pas besoin de spoliation, puisque c'est dans ces circonstances que les alcooliques, en réveillant et soutenant la vitalité, se montrent particulièrement efficaces. Nécessairement alors tout ce qui peut abaisser cette vitalité ne peut être que préjudiciable, et si les vésicatoires n'ont que de pareils effets, par conséquent adynamiques, loin d'être utiles, ils ne peuvent que devenir nuisibles ou dangereux, comme l'affirme le célèbre professeur déjà cité.

D'ailleurs, n'existe-t-il pas une révulsion plus simple, plus naturelle, plus étendue et essentiellement physiologique dans le phénomène de la transpiration cutanée? N'est-il pas d'observation qu'après les vomissements par les émétiques, les évacuations intestinales, si l'on recommande au malade de continuer à prendre des boissons chaudes, abondantes, de ne pas changer de lit et d'avoir soin, sans être trop chargé de couvertures, de les maintenir exactement jusqu'au menton, n'est-il pas ordinaire, dis-je, qu'il s'établit une bonne diaphorèse? Dans ce cas, je recommande au malade de ne changer de linge qu'avec les plus extrêmes précautions, le plus rarement possible, et jamais tant que la sueur continue. Mon fils à Marseille se borne à faire

glisser des linges secs et chauds. De cette pratique il résulte une action centrifuge qui appelle le sang et le calorique à la peau et établit partout une révulsion d'autant plus efficace que cette nouvelle diacrise est encore excrémentitielle. Sans compter que la peau, étant un organe supplémentaire de la muqueuse bronchique, dégage d'autant l'action fonctionnelle des poumons, dont la tranquillité favorise l'ischémie et finit par assurer la résolution phlegmasique. N'est-ce pas là toujours une manière d'être du mouvement organo-fonctionnel qui change physiologiquement le mode pathologique, puisqu'il se trouve entièrement opposé au trouble du mouvement circulatoire qui constituait la maladie? M. Guibout a dit dernièrement avec raison que la peau et les muqueuses extérieures étaient les plateaux d'une même balance, qu'en élevant l'un on abaisse l'autre.

La question diététique n'est pas moins importante. Nous avons vu la vieille femme qui a succombé pour avoir exigé trop tôt de l'alimentation. J'ai cité plus haut la femme asthmatique à qui on avait donné intempestivement du chocolat et des soupes, qui, après une notable amélioration, ne s'est plus relevée. Je pourrais multiplier ces exemples, mais je me bornerai à rappeler le tonnelier qui, pour avoir pris quelques cuillerées de bouillon, même alors que le pouls était tombé, avait eu tout aussitôt une augmentation de fièvre et quelque retour d'hyperémie pulmonaire. La question de la diète est donc encore ici des plus importantes, et le praticien est souvent très-embarrassé pour permettre ou défendre même les plus légères panades. Cette difficulté de la pratique serait-elle ici plus accentuée que partout ailleurs? Dois-je dire, à l'imitation de Baglivi : *Scribo de aere provençale?*

Toujours est-il que je me suis presque constamment mal trouvé, même chez les enfants et les vieillards, de permettre trop tôt les plus légers liquides alimentaires. Aussi suis-je arrivé à préférer, dans le cas d'affaissement organique, lorsque je ne suis pas complétement assuré de la résolution de l'exsudat pathologique, de donner quelques cuillerées de vin mitigé ou non, suivant les cas, et d'attendre pour provoquer le mouvement d'assimilation que celui de résolution soit parfaitement achevé. Sans doute, le difficile est de pouvoir comprendre et de bien saisir ce moment; mais, les symptômes locaux ayant entièrement disparu, l'état général marqué par la souplesse et la petitesse du pouls, son ralentissement, le calme de la respiration, la sueur terminée,

la fraîcheur de la peau, l'expression tranquille et satisfaite de la physionomie, en donne la confiance, sinon la certitude. Toutefois, c'est toujours à tâtons qu'il faut marcher, et, dans tous les cas, il faut commencer par les plus légers bouillons d'agneau et de veau, du lait coupé, voire du petit-lait, quitte à s'arrêter encore.

Lorsque dans un affaissement organique on prescrit du vin, de l'alcool, on relève la vitalité, on excite le mouvement organo-fonctionnel, devenu insuffisant pour achever l'action physiologique curatrice, c'est-à-dire pour relever les fonctions des vaisseaux absorbants qui déterminent la résolution de l'exsudat.

Or, ce qui assure leurs bons effets, c'est qu'ils ne s'adressent pas à l'assimilation, ne contrarient partant en aucune manière le phénomène organo-fonctionnel de résolution commencé et concordent ainsi seulement avec celui que la médication avait provoqué ; tandis que les aliments plastiques qui portent à l'assimilation effectuent des mouvements physiologiques contraires qui viennent enrayer les premiers.

Il s'agit donc toujours de chercher à déterminer une manière d'être organo-fonctionnelle inverse de celle qui a produit et qui entretient la maladie, ce qui confirme toujours cet axiome de M. Chossat, que j'ai répété tant de fois, que *toute maladie est un problème d'alimentation*. Aussi, si cet aphorisme peut profiter à l'homœopathie, celui de Bordeu assure que sa pharmacologie est une véritable dérision, qui démasque son charlatanisme et donne perpétuellement raison à ce principe hippocratique : *Contraria contrariis curantur*.

PROTHÈSE CHIRURGICALE

Note sur un bras artificiel ;

Par M. le docteur Georges Bouchard, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien adjoint de l'hospice général de Saumur.

Le 19 août 1875 j'amputais, un peu au-dessous de l'insertion humérale du deltoïde, le bras gauche d'un homme qui venait de se faire broyer le bras dans une machine à battre.

Cet homme guéri, il fallait lui donner à peu de frais le moyen de se servir de son moignon en lui construisant un bras artificiel.

Il cultive la terre, bêche, fauche, taille la vigne, fait des fagots et conduit des chevaux, etc. Ma pensée s'était tournée immédiatement vers le bras artificiel de M. Gripouilleau, de Mont-Louis; malheureusement j'avais connaissance du fait suivant : un homme conduisait un jour, avec le bras Gripouilleau, un jeune cheval; l'animal fut effrayé et entraîna dans sa course le maître, qui, ne pouvant se débarrasser des rênes fixées à son avant-bras, fut atrocement mutilé. C'est de concert avec le docteur Vidal, des Rosiers-sur-Loire, que je suis parvenu à modifier l'appareil dont je vous adresse la description. Il se compose de deux parties bien distinctes : 1° la camisole destinée à fixer solidement au corps le bras artificiel ; 2° le bras artificiel.

1° La camisole, que vous trouverez figure 1, se compose d'une pèlerine A en gros coutil entourant le cou à sa racine, la face antéro-supérieure et postéro-supérieure du thorax, et se termine du côté amputé par une manche B, doublée d'ouate pour éviter les froissements du moignon par le brassard du bras artificiel. Sur l'épaulière sont fixées solidement quatre courroies C terminées par des boucles destinées à fixer les courroies du bras artificiel. Du côté opposé, la pèlerine se termine par un petit manchon en cuir garni D qui passe sous l'aisselle et auquel est adaptée une courroie E allant se fixer à une ceinture G, qui elle-même est retenue par une autre courroie H passant sous la cuisse du côté opposé au bras amputé. Cette disposition, peut-être un peu compliquée, est la seule qui ait permis à mon amputé de travailler sans fatiguer son moignon. Une nouvelle sangle J passe de l'épaule amputée sur les faces antérieure et postérieure de la poitrine jusqu'à la ceinture G.

2° Le bras artificiel, figure 2, vu par sa face antérieure, et figure 3, vu par sa face latérale interne, se compose :

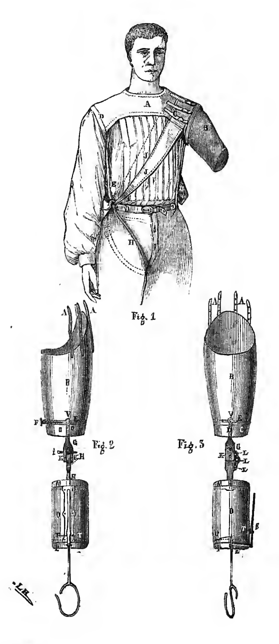
D'un brassard en cuir B entourant le bras et fixé à sa partie supérieure à l'épaulière, semblable à celle de M. Gripouilleau, à l'aide de quatre courroies AA, situées aux parties antérieure, externe et postérieure de ce brassard.

Il se termine en bas par une rondelle en bois C dans le centre de laquelle passe une tige métallique D cylindrique dans sa partie moyenne, carrée à la partie supérieure, et destinée à porter une rondelle de fer E de 2 centimètres de diamètre environ et de 6 millimètres d'épaisseur ; au-dessus est un écrou V rivé et fixant solidement la rondelle dont je viens de parler. Cette tige

métallique peut librement tourner suivant l'axe du bras et elle peut être arrêtée dans une position fixe. Pour obtenir cette fixité, j'ai fait percer d'un grand nombre de trous le quart de la circonférence antéro-interne de la rondelle de fer E. Dans ces trous peut s'enfoncer une vis F, que je n'ai représentée que sur la figure 2, qui se meut dans la rondelle de bois terminale du brassard et qui, par conséquent, comme le radius, permet de fixer et de donner à volonté la rotation interne de l'avant-bras qu'on désire obtenir, ou permet de laisser libre cette rotation, comme dans l'action de faucher, par exemple.

La partie inférieure de cette tige D est terminée par une pièce de fer G élargie, faisant corps avec elle. Elle présente une mortaise dans laquelle vient s'engager l'avant-bras artificiel. Cette mortaise a deux trous, l'un inférieur K et l'autre supérieur. L'inférieur est destiné à maintenir, à l'aide d'une cheville fixe KK, fig. 2, et rivée, et à laisser mouvoir dans un plan antéro-postérieur une nouvelle tige de fer HN aplatie à sa partie supérieure et présentant dans sa partie antéro-supérieure les deux tiers d'une circonférence. Elle est percée d'une série de trous L correspondant au trou supérieur de la mortaise. Dans ce trou supérieur peut s'engager une tige de fer I qui permet de donner à l'avant-bras telle ou telle flexion, comme le fait le cubitus, et de fixer l'avant-bras dans la position qu'on désire avoir ou bien de le laisser libre, si on n'engage pas la tige dans l'un des trous de la partie aplatie. Cette tige HN est carrée à sa partie terminale N et s'adapte, à l'aide d'un écrou qui la fixe solidement, à une nouvelle rondelle de bois M un peu moins large en diamètre que celle qui termine le brassard. A cette nouvelle rondelle M est fixé, à l'aide de vis, un manchon O de cuir épais qui porte à sa partie inférieure une nouvelle rondelle de bois P destinée à recevoir les instruments dont on veut se servir.

Pour que ces instruments puissent être introduits et enlevés sans difficulté, le docteur Vidal m'a communiqué le moyen suivant : une plaque d'acier mince et élastique UT, faisant ressort, est fixée par son extrémité V à la face supérieure de la rondelle P dans l'intérieur du manchon O ; son autre extrémité T est libre et peut être refoulée par une des pièces qu'on adapte à frottement à travers cette rondelle de bois garnie de fer intérieurement. Pour que cette pièce soit maintenue en place, elle porte une échancrure dans laquelle vient butter une tige de fer Z traversant la rondelle


A
D
B
J
J
E
H
Fig. 1
A
A
B
V
F
Fig. 2
G
K
H
N
Fig. 3
G
K
L
L
L
B
V
D
T

perpendiculairement à l'axe de l'avant-bras. Elle est maintenue dans cette échancrure à l'aide d'un ressort extérieur S qui forme bascule quand on vient à presser son extrémité supérieure. La plaque d'acier élastique UT tend à repousser l'instrument qu'on veut adapter, tandis que la tige Z du ressort à bascule l'empêche de s'échapper en la maintenant solidement.

Les instruments que j'ai fait construire conviennent au genre de travail que doit exécuter l'homme porteur de ce bras artificiel :

Un crochet servant à porter un seau, des paquets, à conduire des chevaux, etc. ;

Un anneau muni d'une vis sur le côté placée perpendiculairement à la circonférence, servant à conduire une brouette, tenir une charrue pour labourer, une pelle, à faucher, etc.

Comme il n'a qu'un bras pour pouvoir couper ses aliments, pain ou viande, j'ai fait fabriquer une fourchette qui lui permet de les fixer et de les couper à l'aide de l'autre main.

Pour faire des fagots, des gerbes, au moment de la moisson, tailler la vigne, etc., un petit râteau s'adapte également à l'avant-bras.

La plupart de ces instruments peuvent être remplacés par un seul qui est adapté et représenté sur les dessins figure 3, vu de côté ; figure 2, vu de face. C'est un anneau brisé dont le point de section va en divergeant et dont la branche inférieure remonte par son extrémité supérieure un peu plus haut que l'extrémité inférieure de la branche supérieure. Cet anneau brisé remplace le crochet et l'anneau avec vis.

S'il s'agissait d'un amputé de l'avant-bras, le même système de camisole avec épaulière et manche beaucoup plus longue servirait à fixer l'avant-bras artificiel. Je n'emploierais pas le coude articulé avec manchon se laçant au-dessus du pli du coude ; ce moyen, gênant la circulation, fait souffrir les amputés qui ont adopté les systèmes ordinaires d'avant-bras artificiel.

M. Durand, de Saumur, qui m'a fabriqué deux de ces bras, l'un pour mon amputé, l'autre que je conserve, a eu l'idée d'adapter une main articulée à l'extrémité de l'avant-bras lorsque le blessé ne veut pas se servir d'instruments pour travailler. Cette main, dont les mouvements du poignet se font à l'aide d'une double charnière et dont les doigts sont articulés, peut se mouvoir avec une corde à boyau fixée au bras opposé. Le prix de l'appareil est de 80 francs sans la main articulée, chose énorme à considérer, puisqu'il est destiné à servir à un ouvrier.

CORRESPONDANCE

Des bons effets obtenus par les injections hypodermiques de morphine associée à l'atropine.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Il arrive assez souvent dans la pratique que l'on rencontre des malades chez lesquels l'injection hypodermique de morphine amène des vomissements opiniâtres qui durent quelquefois plus de vingt-quatre heures (quelques précautions que l'on puisse prendre pour amener la vacuité de l'estomac), d'où le grand regret, pour le praticien, de ne pouvoir employer cette médication pour calmer les souffrances. Il suffit alors d'additionner de quelques gouttes d'une solution de sulfate neutre d'atropine (30 centigrammes pour 30 grammes) l'injection hypodermique de morphine, moyen proposé déjà par le docteur Gros, professeur à l'École de médecine d'Alger (voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. LXXXIX, p. 188). Ayant dans ma clientèle une pauvre femme affectée d'un cancer utérin occasionnant des douleurs intolérables, j'avais souvent essayé des injections sous-cutanées de morphine; chaque fois, une heure ou deux après l'injection, arrivaient des vomissements qui duraient vingt-quatre heures et résistaient même à la glace râpée.

Inutilement j'avais diminué les doses, au point de n'injecter que 5 milligrammes du médicament, les vomissements arrivaient et mettaient ma pauvre malade à bout de forces.

Attribuant cette action réflexe de l'estomac à l'anémie cérébrale, je fis ajouter à l'injection morphinée à 1 centigramme, 1 milligramme et demi de sulfate neutre d'atropine; j'obtins une rémission complète des douleurs, qui dura plus de vingt-quatre heures; pas de vomissements, une légère coloration de la face avec sécheresse de la bouche indiquaient l'action de la belladone.

Dans ce cas, comme dans les accès d'asthme, le prétendu antagonisme de ces deux médicaments ne s'est pas montré, au contraire leur association m'a été très-utile.

N'est-il pas admissible que la belladone, qui, comme il est le plus généralement admis, congestionne plutôt les centres nerveux, mitige l'action narcotique en ce qu'elle peut avoir de trop énergique sur la circulation cérébrale (d'après M. Claude Bernard la morphine amène le sommeil par anémie cérébrale)? J'ai remarqué, dans ce cas, que, tout en calmant la douleur, le médicament n'avait pas amené le sommeil qui suit en général son administration.

Dr Ortille.

Lille.

Recherches expérimentales sur le phosphate de chaux. Rectification.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Les conclusions 7 et 9 de notre étude sur le phosphate de chaux publiée dans le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique* ne sont pas rigoureusement exactes. Elles doivent être modifiées ainsi :

7° Des deux éléments, acide phosphorique et chaux, qui entrent dans la composition des phosphates de chaux solubles et insolubles, le premier (l'acide phosphorique) est absorbé en certaine proportion à l'état de phosphate alcalin, le second (la chaux) est rejeté directement, presque en totalité, par les voies intestinales.

9° Les préparations solubles de chaux phosphatée agissent primitivement comme principes acides, puis, en raison des mutations qu'elles subissent dans l'intestin, elles agissent secondairement dans une certaine mesure comme agents phosphatés d'une autre base.

Nous vous prions de vouloir bien insérer cette rectification dans votre prochain numéro.

Agréez, etc. Paquelin et Jolly.

Nous recevons trop tard, pour être insérée dans ce numéro, une lettre de M. Luton, sur le *traitement de la granulie par l'extrait de feuilles de noyer*, en réponse à M. Meslier (de Barbezieux). Cette lettre, qui renferme la relation de faits fort intéressants recueillis par M. Duboué (de Pau), paraîtra dans le prochain numéro.

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire officinal et magistral international, par le docteur P. Jeannel, pharmacien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, etc.; 2e édition, 1 vol. in-12, xxxvi-966 pages, J.-B. Baillière, éditeur, Paris, 1876.

Le formulaire officinal et magistral international dont nous annonçons la deuxième édition n'est pas un simple recueil de formules arbitrairement choisies L'auteur, prenant pour point de départ le Codex français de 1866, le Formulaire des hôpitaux civils de Paris de 1867 et celui des hôpitaux militaires de 1869, en reproduit intégralement toutes les formules, qu'il s'approprie en les classant dans l'ordre thérapeutique et en en corrigeant la rédaction.

Cet important faisceau, qui représente les ressources officielles de la pharmacologie française, offre l'occasion de comparer entre eux ces trois recueils et de remarquer combien peu nous avons nous-mêmes mis en pratique l'idée de l'unification internationale des pharmacopées si éloquemment exprimée par M. Dumas, dans la préface du *Codex medicamentarius* de 1866. Ainsi, pour ne citer que les faits les plus singuliers, le sparadrap d'emplâtre diachylon gommé, le laudanum de Sydenham, le sirop antiscorbutique, la pommade de citrine, l'alcoolé de digitale, le vin de quinquina, sont formulés différemment dans le Codex (1866) et dans le Formulaire des hôpitaux militaires (1869).

Aux ressources de nos trois recueils officiels, l'auteur a joint toutes les formules proposées pour le projet de codex international par la Société de pharmacie de Paris au Congrès pharmaceutique de Saint-Pétersbourg en 1874 et celles qu'avait publiées la Société de pharmacie de Bordeaux pour concourir à la rédaction du Codex français de 1866.

Tout cet arsenal thérapeutique est complété par des emprunts raisonnés aux principaux formulaires officiels ou officieux des nations étrangères et aux monographies les plus estimées.

C'est donc moins en cherchant à imposer ses choix ou ses préférences qu'en multipliant les matériaux rationnels et les comparaisons instructives que l'auteur a tâché de justifier le titre séduisant de son ouvrage.

Cependant il a su éviter l'écueil de la confusion que risquait de produire la surabondance des richesses. Au chapitre de chaque médication, les médicaments qu'elle réclame sont classés par ordre d'importance. Il en résulte un véritable déblaiement de notre matière médicale encombrée d'agents surfaits ou de prétendus succédanés. Ainsi, s'agit-il des amers plus ou moins analogues à la gentiane, ils sont subordonnés à la gentiane dans l'ordre suivant : petite centaurée, trèfle d'eau, chirette, grande centaurée, glands de chêne, houblon, chicorée, pissenlit, chardons, fumeterre, pensée sauvage, cerfeuil, saponaire, germandrée, patience, bardane; au tannin et à la noix de galle sont subordonnés tous les végétaux astringents; le poivre noir domine toute une catégorie de stimulants dont il est le type, etc.

Pour chacun des agents en particulier, les préparations simples précèdent naturellement les composées; les doses, le mode d'administration, l'action pathogénique ou thérapeutique sont rapportés avec un soin minutieux et très-souvent commentés. Les jugements, les critiques, les conseils pratiques et cliniques abondent dans cet ouvrage longuement médité où les médecins trouveront souvent des rapprochements inattendus et d'utiles renseignements, où les pharmaciens trouveront la description des procédés de préparation, dégagée de toute phraséologie et réduite aux termes précis qui doivent conduire pas à pas au succès des opérations.

Sans admettre trop précipitamment les agents nouveaux qui sont encore litigieux, M. Jeannel donne place à tous ceux qui semblent réaliser un sérieux progrès de la thérapeutique. S'il omet le monobromure de camphre, le sulfovinate de soude et quelques autres nouveautés gravement contestées, il donne la place qu'ils réclament au chloral, à l'aconitine, au jaborandi, au bromhydrate de quinine, à la glycyrrhizine ammoniacale, à l'acide salicylique, aux cachets médicamenteux, etc., etc.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 5 et 12 juin 1876; présidence de M. le vice-amiral Paris.

Sur la durée de la sensation tactile. (Note de M. Lalanne.) — Supposons qu'on imprime à un corps flexible, dont le contact ne soit pas de nature à blesser l'épiderme, un mouvement de rotation rapide autour du bras ou de la jambe tenus immobiles. Si le retour du corps frettant à chacun des points de contact s'opère dans un intervalle de temps suffisamment court et tout au plus égal à la durée de l'impression produite, on pourrait penser que, par analogie avec ce qui se passe pour l'œil dans l'expérience du cercle lumineux complétement fermé, on éprouverait, sur toute l'étendue du trajet soumis au frottement, une sensation continue, analogue à celle que produirait la pression d'un bracelet ou d'un anneau. Telle était l'induction en vertu de laquelle l'auteur de cette note a procédé. MM. Ch. Martius et Aug. Le Pileur voulurent bien accepter la tâche d'entreprendre, de concert avec lui, les expériences qui devaient résoudre la question.

« Il est vrai que nous ne pûmes obtenir une sensation continue sur l'étendue entière du trajet parcouru ; mais, à une certaine vitesse, la continuité de la sensation s'accusait de la manière la plus nette sur un point unique de la périphérie cutanée : nous n'avions donc presque rien à modifier dans notre mode d'opération pour déterminer les conditions de la continuité sur un seul point de l'épiderme, et nous procédâmes à cette détermination pour différentes parties de la main, de l'avant-bras et du bras.

« Les circonstances principales de nos trente-trois expériences sont consignées dans un tableau joint à la note détaillée qui est soumise à l'Académie. Voici quels en sont les résultats :

« 1° La continuité ne s'est jamais manifestée pour moins de dix tours par seconde. La durée de la sensation tactile observée n'a donc pas surpassé un dixième de seconde, et dans un certain nombre d'expériences elle a été moindre ;

« 2° La moindre durée observée a été d'un vingt-quatrième à un vingt-cinquième de seconde.

« Ce minimum de durée varie avec les individus et suivant les parties du corps. »

De l'action de la digitale comparée à celle des sels biliaires sur le pouls, la tension artérielle, la respiration et la température. (Note de MM. V. Feltz et E. Ritter.)

« Sur les indications de M. le professeur Bouillaud (*Comptes rendus* du 6 mars 1876), nous avons institué une série d'expériences ayant pour but d'établir le parallèle entre l'action des sels biliaires et celle de la digitale sur les principales fonctions. Nous sommes arrivés aux résultats suivants :

« A. Par les sels biliaires et l'infusion de digitale (un centième) administrés à des doses non toxiques, la température baisse environ de 1 degré pour les deux substances, la tension artérielle descend de 2 à 3 centimètres de mercure pour les sels biliaires et de 6 à 7 centimètres pour la digitale ; la respiration devient irrégulière dans les deux cas sans grands écarts de la normale; le pouls baisse sous l'influence des deux poisons. La seule différence à noter, c'est que, avec la digitale, la descente extrême dure très peu et est suivie d'une accélération qui peut se maintenir durant vingt-quatre heures ; par les sels biliaires, la diminution du nombre des battements se maintient plus longtemps, mais n'est pas suivie d'une précipitation anomale. Les animaux mis sous l'influence des sels biliaires perdent

moins de poids que ceux que l'on digitalise ; chez les premiers, la diminution ne dépasse pas 300 grammes et atteint près de 800 grammes chez les seconds.

« A la suite de la section des pneumogastriques et des sympathiques, d'empoisonnement par les sels biliaires et la digitale, le pouls est encore impressionné dans le premier cas, et ne l'est nullement dans le second, la température et la respiration continuant à se comporter de même.

« B. Pour les doses toxiques, on ne peut comparer que les cas d'empoisonnement biliaire, où la mort se fait attendre quelques heures, à ceux où l'on administre la digitale à haute dose. Chez les animaux qui meurent par intoxication biliaire, la température et le pouls fléchissent régulièrement jusqu'à la mort ; on en peut accuser l'altération morphologique du sang et les hémorrhagies qui en sont les conséquences. Chez les chiens digitalisés à raison de 4 centimètres cubes d'infusion par kilogramme de leur poids, la température baisse progressivem nt et très-régulièrement de 7 à 8 degrés, les pulsations du pouls diminuent après des oscillations plus ou moins fortes jusqu'à la moitié de leur chiffre normal. La tension artérielle fléchit dès le principe de l'expérience et tombe jusqu'à 3 centimètres de mercure. Il y a parfois, dans les cas de digitalisation, mort subite ; celle-ci survient toujours à un moment où le pouls est très-accéléré et très-petit, sans que la diminution de la tension artérielle et de la température puisse encore faire prévoir l'agonie. On n'observe jamais d'altérations, ni chimiques ni morphologiques, du sang.

« C. Le pouls ne fléchissant pas chez les animaux digitalisés après la section des pneumogastriques et des sympathiques, comme cela a lieu chez les animaux intoxiqués par les sels biliaires, le sang ne présentant nulle altération comparable à celle qui est signalée et démontrée dans les empoisonnements par la bile, l'action sur le tissu musculaire curarisé ou non n'étant pas la même dans les deux cas, nous pouvons conclure que l'effet de la digitale s'exerce bien plus sur le système nerveux que sur le sang ou le tissu musculaire, comme cela a lieu pour les sels biliaires. Le genre de mort tend encore à établir cette différence; car, dans toutes nos autopsies d'animaux morts par la digitale, nous avons toujours trouvé le cœur en état de relâchement, renfermant à peu de chose près la même quantité de sang dans chaque ventricule. Nous n'avons jamais trouvé de cœur en état de contraction tétanique, comme c'est la règle dans les intoxications biliaires, et toutes les fois que nous avons eu l'occasion d'examiner un cœur peu de temps après la mort, nous avons pu constater par la pile électrique que le muscle cardiaque n'avait pas perdu sa contractilité. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 6 et 13 juin 1876; présidence de M. CHATIN.

De l'identité du bruit de souffle dit *placentaire* avec le bruit de souffle des grosses artères et de sa localisation dans les artères intra-pelviennes. — M. BOUILLAUD fait une fort intéressante communication à propos d'un travail de M. Glénard. Voici d'abord les conclusions de M. Glénard :

« Il y a une coïncidence de siége des plus curieuses entre la ligne d'auscultation du souffle maternel et le trajet anatomique de l'artère épigastrique.

« Le fait d'observation suivant montre qu'il peut exister, entre le fait anatomique et le fait physiologique signalés ici, une relation plus étroite qu'une simple coïncidence de siége : la compression d'un cordon vasculaire pulsatile, que la palpation permet de reconnaître en des points correspondant exactement au trajet de la première partie de l'artère épigastrique, fait instantanément disparaître dans toute la région le bruit de souffle maternel. Or il n'y a pas, dans la grossesse à terme, d'autre artère palpable placée

sur le trajet de l'épigastrique que l'épigastrique elle-même. En outre, le souffle des fibromes a le même siége stéthoscopique que le souffle de la grossesse, et la compression d'une artère placée sur le trajet de l'épigastrique le fait disparaître. »

M. Bouillaud combat ces conclusions. Après avoir étudié les bruits normaux et anormaux des artères et après avoir discuté les diverses théories invoquées pour expliquer le bruit de souffle placentaire, il montre que les bruits de souffle sont dus à la compression des artères du bassin et non à celle de l'artère épigastrique, comme le veut M. Glénard.

M. DEPAUL annonce que M. Glénard se propose de démontrer dans son service la théorie qu'il soutient.

La liqueur de la Grande-Chartreuse et l'eau de mélisse des Carmes au point de vue de l'alcoolisme. — Le docteur DECAISNE lit un travail dont voici les conclusions :

1° Les plantes qui entrent dans la composition de la liqueur de la Grande-Chartreuse et dans celle de l'eau de mélisse des Carmes, sont à peu près les mêmes que celles qui servent à faire la liqueur d'absinthe ; elles sont rangées dans les familles botaniques suivantes : Dans les Ombellifères : l'angélique, la coriandre, l'anis vert ; dans les Labiées : l'hysope, la mélisse, la menthe poivrée, le thym, le romarin, la sauge, la marjolaine ; dans les Synanthérées : l'arnica, l'absinthe, la balsamite ; dans les Callacées : le calamus aromaticus ; dans les Laurinées : la cannelle de Chine ; dans les Amomées : la cardamome ; dans les Myristicées : le macis, la muscade ; dans les Myrlacées : le girofle ; dans les Salicacées : le peuplier Baumier ; dans les Légumineuses : la fève de Tonka.

Or, ces plantes sont toutes considérées en thérapeutique comme excitantes, et présentent les mêmes effets physiologiques. Elles contiennent toutes ou presque toutes des huiles essentielles plus ou moins actives, plus ou moins dangereuses. Leur proportion dans la fabrication des trois liqueurs varie selon la liqueur et le goût que le distillateur veut lui donner.

2° A dose égale ou à peu près, les effets de l'absinthe, de la liqueur de la Grande-Chartreuse et de l'eau de mélisse des Carmes, sont les mêmes sur l'économie, sur le système nerveux en particulier, et produisent de la même façon l'alcoolisme.

3° *A priori*, et des observations ultérieures pourront le démontrer, nous avons la conviction que toutes les liqueurs fabriquées avec les mêmes plantes ou des plantes analogues contenant des huiles essentielles actives, et présentant le même degré alcoolique ou à peu près, peuvent produire, quand on en fait un certain abus, les divers accidents qui constituent l'état qu'on a désigné sous le nom d'*alcoolisme*.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 9 juin 1876 ; présidence de M. LABOULBÈNE.

Œdème de la glotte consécutif à une angine simple ; mort. — M. LAVERAN lit une observation qui est adressée à la Société par le docteur Richard, médecin-major à Belfort. Il s'agit d'un militaire qui était affecté d'une angine simple ; le traitement avait été celui des angines et, après quelques jours, le malade se sentant guéri, avait quitté l'infirmerie et était retourné à la chambrée, dans une baraque. Le matin il avait éprouvé un refroidissement, eut un accès de suffocation vers sept heures, et à sept heures un quart il était mort asphyxié, sans qu'on ait eu le temps de lui pratiquer la trachéotomie.

A l'autopsie, on trouva les amygdales rouges, tuméfiées ; la muqueuse de la paroi postérieuse du pharynx était tuméfiée, infiltrée, ainsi que les replis aryténo-épiglottiques. La glotte était normale ; il y avait de la mousse dans la trachée ; les autres organes étaient sains.

M. Richard explique la mort subite par l'occlusion de la glotte au moyen d'un repli aryténo-épiglottique, qui avait ainsi amené l'asphyxie.

M. Brouardel a vu un cas analogue, mais qui avait été précédé d'aphonie; le malade était un externe des hôpitaux, qui succomba à une attaque d'asphyxie.

Pigmentation de la peau chez des malades intoxiqués par le sulfure de carbone. — M. Laboulbène a vu, dans son service à Necker, une jeune malade qui, travaillant aux préparations de sulfure de carbone, a été prise de troubles de la sensibilité, et présentait sur les jambes des taches occasionnées par l'accumulation de pigment. M. Delpech, qui avait été appelé à voir cette malade et qui a longuement étudié cette question, n'avait encore constaté que deux faits analogues. Il y a six mois environ, M. Laboulbène observa une pigmentation analogue chez une jeune fille de quinze à seize ans placée dans son service à Necker. L'intelligence était profondément atteinte. Dès le début, il constata des points, des macules, des taches régulières sur les membres. Elle quitta l'hôpital et continua à travailler au sulfure de carbone; mais peu après elle dut rentrer dans son service, affectée d'albuminurie, et succomba. Ces taches pigmentaires sont rares et n'ont été vues que deux fois, par M. Delpech et par M. Laboulbène.

M. Lailler voudrait savoir si l'on a examiné ces lésions pigmentaires au microscope.

M. Laboulbène regrette de n'avoir pu poursuivre son examen de ce côté, car il quittait l'hôpital à ce moment, et il se promet bien de ne pas négliger cet examen, si pareil cas se présentait.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 6 et 14 juin 1876; présidence de M. Houel.

Rapport. — M. Cruveilhier fait un rapport sur deux observations communiquées par le docteur Bergeon (de Moulins). Dans la première, il est question d'un corps étranger de l'œsophage, constitué par une esquille d'os de porc qui fut retirée avec une baleine munie d'une éponge. La seconde a trait à l'ablation d'un polype naso-pharyngien; cette ablation fut pratiquée avec la tenette courbe dont on se sert pour l'extraction de la pierre.

Staphyloraphie. — M. Lannelongue présente une jeune fille chez laquelle il a pratiqué une restauration de la voûte du palais. Cette malade présentait une division totale, une véritable gueule de loup. M. Lannelongue rappelle à ce propos le procédé qu'il a fait connaître il y a quelques années pour cette opération. Les rapports de la cloison des fosses nasales avec la voûte palatine peuvent offrir deux aspects différents : dans une variété cette cloison s'implante sur l'un des bords de la voûte palatine; dans l'autre, elle se place de champ entre les bords de la division; dans ce dernier cas, il faut prendre deux lambeaux muqueux. Cette opération, qu'il a faite déjà cinq fois, lui a, dans tous les cas, donné des résultats heureux. La vascularité du lambeau joue un rôle important pour la rapidité de la réunion; aussi, pour rendre son lambeau plus vasculaire, il fait, huit jours avant l'opération, une incision sur tout son pourtour.

Du psoriasis de la langue et de ses rapports avec l'épithélioma de cet organe. — M. Trélat, qui a fait à la fin de l'année dernière une communication sur ce sujet, apporte aujourd'hui deux observations nouvelles. La première a trait à un homme âgé de cinquante-six ans, travaillant beaucoup et fumant de même. Ce malade, qui avait du psoriasis de la langue depuis plus de douze ans, vint il y a

trois mois consulter M. Trélat. Ayant diagnostiqué un épithélioma de la langue, ce chirurgien, après s'être assuré qu'il n'y avait pas de ganglions envahis, proposa l'ablation, qui fut acceptée. L'état général était et est toujours des plus satisfaisants.

Dans la seconde observation il s'agit d'une dame forte et puissante et qui a de la tendance aux eczémas; elle présentait depuis longtemps sur la langue de petites plaques transparentes, mais le médecin qui lui donnait des soins avait négligé cette affection. Lorsque M. Trélat les vit, il y a quinze jours, il constata une énorme ulcération épithéliomateuse et au centre un foyer dur, ferme, par lequel il s'était fait dix jours avant une hémorrhagie.

S'appuyant sur ces nouveaux faits qui confirment le lien de parenté existant entre le psoriasis, l'icthyose ou bien la plaque blanche des fumeurs et l'épithélioma, M. Trélat exprime le désir de voir les chirurgiens faire un diagnostic exact dès le début afin de permettre une opération immédiate.

M. Verneuil, qui a observé depuis plusieurs années déjà des faits analogues à ceux de M. Trélat, fait ressortir l'embarras dans lequel se trouve le chirurgien lorsqu'il doit prendre un parti. Il existe, en effet, un grand nombre de malades grands fumeurs chez lesquels on voit à la face supérieure de la langue des papillomes. Ces plaques de psoriasis persisteront chez les uns pendant dix à quinze ans sans augmenter leur étendue et sans prendre un caractère malin; dans d'autres cas au contraire le passage à l'épithélioma sera des plus rapides. Lorsqu'on touche à ces papillomes, si on ne prend pas le soin de les enlever en totalité, la petite partie qui reste peut déterminer une nouvelle poussée des plus graves.

M. Panas se propose de présenter prochainement un travail d'ensemble sur cette question qu'il a étudiée tout au long. Ces manifestations peuvent se montrer, dit-il, sous trois formes différentes. Lorsqu'il n'est question que de psoriasis et d'icthyose, on ne peut songer à pratiquer une opération quelconque; il faut même alors se dispenser des caustiques. Dans les cas de papillomes on est quelquefois embarrassé; s'ils règnent sur les parties latérales de la langue et qu'ils ne soient pas très-étendus, il n'y a aucune contre-indication à les enlever. Enfin, quand ce sont des rhagades profondes, il faut les détruire avec le bistouri ou les caustiques, car ce sont elles qui souvent sont le point de départ de l'épithélioma.

M. Th. Anger croit que chez les syphilitiques qui présentent du psoriasis de la langue, on doit s'abstenir de tout traitement mercuriel; ce dernier aurait en effet l'inconvénient de déterminer du côté de la langue une sorte de poussée qui accélère la marche de l'affection.

Si M. Trélat demande qu'on agisse rapidement lorsqu'on a reconnu avoir affaire à un cancroïde, c'est que l'histologie enseigne que l'épithélioma chemine le long des vaisseaux et que sa marche est extrêmement rapide.

Présentation de pièces. — M. Duménil (de Rouen) présente une umeur qu'il a retirée du sinus maxillaire d'un jeune soldat mort de variole; il pense qu'il s'agit là d'une exostose du maxillaire.

MM. Forget et Tillaux ne partagent point cet avis; ils rappellent qu'il y a quelques années M. Dolbeau a établi qu'il pouvait exister dans les sinus de la face des tumeurs osseuses énormes. Ces tumeurs doivent être enlevées par soulèvement.

M. Houel n'accepte pas non plus le diagnostic de M. Duménil; il pense qu'il s'agit là d'un kyste du maxillaire atrophié dans certains points et hypertrophié dans d'autres.

———

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 14 juin 1876; présidence de M. Oulmont.

Recherches chimiques et physiologiques sur l'écorce de mancone (*erythrophœum guinense*) **et sur l'erythrophœum couminga.** — MM. Gallois et Ernest Hardy communiquent une note sur ce sujet. Nous publierons prochainement le mémoire complet de ces auteurs.

Sur le maté. — M. Constantin Paul communique quelque renseignements sur le maté et la manière de le préparer. Le maté ou thé du Paraguay, est une plante de la famille des ilicinées (*ilea mali* ou *psorulea glandulosa*) dont on emploie les feuilles en infusion ; cette infusion se fait d'une façon toute spéciale : dans une calebasse de forme particulière on place d'abord des feuilles de maté les plus grossières, puis les plus fines autour d'une tige creuse en argent percée de trous à son extrémité, ce qui permet d'aspirer le liquide qui a infusé. Après que l'on a versé de l'eau bouillante sur ces feuilles, la négresse qui a fait le mélange aspire la première infusion et remet de l'eau bouillante, puis elle offre aux convives, qui chacun aspirent à tour de rôle cette infusion avec le même tube. L'usage du maté tend à se perdre, cette plante se rapprochait plus de la cocca que du thé.

Sur un pessaire à anneau élastique. — M. Créquy présente au nom de M. Gairal un pessaire à anneau élastique qu'il a modifié en aplatissant les bords du pessaire, qui s'applique mieux contre les parois du vagin.

M. Dujardin-Beaumetz rappelle qu'il s'est élevé dans ces derniers temps une discussion assez vive entre MM. Gairal et Dumontpallier à propos de ce pessaire à anneau élastique. Il rappelle que c'est à Meigs que l'on doit la première application des anneaux élastiques à la contention des déplacements de l'utérus, et que M. Gairal a perfectionné cette méthode en enveloppant ces anneaux élastiques d'une bande de caoutchouc. Ces pessaires rendent de grands services surtout dans la classe pauvre ; ils sont bon marché, facilement supportés et ne demandent aucun soin spécial.

M. Moutard-Martin use peu dans sa pratique de pessaire et leur préfère les sachets contenant un mélange d'écorce de chêne et de farine de lin, il obtient par ce moyen non-seulement la contention, mais encore une action locale favorable.

M. Delioux de Savignac repousse aussi l'usage des pessaires, il croit qu'il faut s'efforcer de traiter les affections qui ont amené la chute et le déplacement de l'utérus, il préfère aussi l'emploi de tampons de ouate ou d'éponge.

M. Vigier, pour empêcher l'altération trop prompte des éponges introduites dans le vagin, les entoure de paraffine.

M. Constantin Paul a beaucoup employé le pessaire Gairal, c'est un bon moyen de contention pour les cas de prolapsus de l'utérus et pour les cas de rétroversions, mais inefficace pour les antéversions; ces pessaires sont faciles à appliquer, ils peuvent rester trois mois en place sans aucun inconvénient, ils permettent le coït et ne gênent en rien les malades.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Nouvelle préparation mercurielle pour injections hypodermiques. — Le professeur Bamberger (de Vienne) emploie dans les injections hypodermiques de l'albuminate de mercure rendu soluble par l'addition de chlorure de sodium.

Pour produire l'albuminate de mercure soluble, il est utile de se servir du blanc d'œuf de poule. Après avoir enlevé les membranes, on le dilue dans l'eau distillée, on filtre et on précipite avec une solution de HgCl ; on dissout alors immédiatement le précipité dans NaCl et on le filtre. Dans ce procédé il faut tenir compte de certains détails. La grande difficulté réside surtout dans la filtration. On sait avec quelle lenteur filtrent les liqueurs contenant de l'albumine, et combien il est difficile de les obtenir claires, ce qui cependant est particulièrement important pour les injections hypodermiques. On doit donc commencer par passer le blanc d'œuf dilué sur une toile à mailles peu serrées; on reçoit le liquide dans un entonnoir dont la douille est garnie de coton de verre (verre étiré). De cette manière on obtient un liquide clair ou du moins très-peu opalin.

Quand on a précipité la solution albumineuse avec HgCl et qu'on a dissous le précipité dans NaCl, la solution est toujours un peu trouble, et l'on doit la laisser pour le moins deux ou trois jours dans un vase couvert ou un flacon bouché. Après, on filtre sur le coton de verre ou bien sur un filtre double de papier suédois préalablement humecté. Les premières parties qui traversent le filtre sont toujours un peu troubles, mais peu à peu la liqueur passe plus lentement et devient très-claire. La filtration pour une très-petite quantité dure ordinairement plusieurs jours, et il ne faut pas chercher à l'activer.

Pour les solutions, les proportions les meilleures sont :

D'employer une quantité d'eau distillée double du poids de l'albumine ; 5 grammes de sublimé et 95 d'eau pour la solution du sublimé et 20 de chlorure de sodium dans 80 d'eau, pour la solution de chlorure de sodium.

Quant au dosage, si on doit préparer une liqueur contenant exactement, pour chaque centimètre cube (contenu ordinaire d'une seringue de Pravaz), 1 centigramme d'albuminate de mercure, on prend : 200 centimètres cubes de blanc d'œufs liquide mêlés avec 400 centimètres cubes d'eau distillée, bien agités, passés, puis filtrés comme il a été dit plus haut. On verse 5 centimètres cubes de ce liquide sur un verre de montre, on y fait tomber goutte à goutte la solution du HgCl contenu dans la burette. On voit qu'avec 3 centimètres cubes six dixièmes on atteint à peu près la limite de précipitation. On ajoute ensuite avec la seconde burette la solution du NaCl (20 pour 100) goutte par goutte, et on voit que 3 centimètres cubes suffisent pour dissoudre le précipité.

On prend donc : 100 centimètres cubes de solution d'albumine, 60 centimètres cubes de solution de sublimé, 60 centimètres cubes de solution de chlorure de sodium, 80 centimètres cubes d'eau distillée.

Quantité totale de la liqueur : 300 centimètres cubes représentant 3 grammes de sublimé. On voit donc que 1 centigramme de HgCl correspond à 1 centimètre cube de la liqueur.

La solution ainsi obtenue est légèrement opaline. Si on la laisse déposer pendant quelques jours, et qu'on la passe sur un filtre double suédois, elle passe tout à fait claire.

Relativement à la conservation, on pourrait craindre la décomposition de l'albumine, mais il n'en est rien, car on a conservé inaltérées des solutions pendant tout l'hiver dans une pièce chauffée. (*Rép. de pharmacie*, mai 1876, p. 261.)

Du traitement de la métrite interne. — M. Gallard a fait paraître un travail fort complet sur le traitement de la métrite interne et qui se résume dans les propositions suivantes :

Le traitement de la métrite chronique est variable suivant la période et la gravité de la maladie, suivant surtout la nature des altérations anatomiques dont la muqueuse enflammée est le siége.

I. Tant qu'il n'existe que de la rougeur, de la congestion, de l'hyper-vascularisation, le traitement antiphlogistique suffit, et comme il y a toujours une grande faiblesse produite par les métrorrhagies, il faut être très-sobre d'émissions sanguines. — Le repos et l'application de l'eau froide, principalement en bains de siége, à courant continu, avec irrigations vaginales prolongées, sont les meilleurs moyens de

traitement. — Il faut y ajouter l'emploi de la digitale.

II. Si la muqueuse est épaissie et ulcérée, si elle commence à se couvrir de végétations et de fongosités, il faut, de toute nécessité, modifier sa vitalité par la cautérisation ; et, comme les caustiques liquides seuls peuvent étendre leur action sur toute la surface de cette muqueuse, dont les altérations siégent le plus souvent au niveau des angles les plus reculés, à l'ouverture des orifices des trompes, il est indispensable de porter ces caustiques jusque dans la cavité utérine, soit au moyen d'un pinceau, soit, mieux encore, au moyen d'une injection, pratiquée avec toutes les précautions indiquées dans le cours de ce travail.

III. S'il y a des végétations pédiculées ou sessibles, dans l'intérieur de la cavité utérine, il faut d'abord, pour s'assurer de leur présence, dilater les orifices utérins au moyen de tentes d'éponge préparée ou de laminaria digitata, puis, explorer par le toucher cette cavité ainsi rendue accessible, et enfin extraire les végétations polyformes ou autres que l'on rencontre alors.

La manœuvre de pinces, de ciseaux ou de tout autre instrument étant à peu près impossible dans ces conditions, il faut alors avoir recours à la curette de Récamier, qui, malgré ses nombreux inconvénients et ses dangers, peut, si elle est maniée avec précaution, être véritablement utile dans les cas relativement rares que j'ai eu soin de déterminer. (*Journal de gynécologie*, mai 1876, p. 358.)

Du traitement du rachitisme et de la scrofule par le lait de chienne. — Le docteur Luzun a employé le lait de chienne dans trois cas avec un certain succès chez des enfants et même des adultes (un homme de trente-trois ans).

Voici les conseils pratiques que donne le docteur Luzun, à propos de ce traitement :

Ce qui est difficile, c'est : 1° d'avoir des chiennes bonnes nourrices; 2° d'avoir leur lait. Une huitaine de chiennes ont été employées pour mes trois derniers malades; toutes ne donnaient pas la même quantité de lait; quelques-unes, qui en donnaient fort peu, ont dû être abandonnées ; la race boule-dogue paraît être supérieure aux chiens de chasse plus ou moins abâtardis.

Les chiennes refusent de se laisser traire et retiennent leur lait ; on réussit chez quelques-unes par l'intimidation, chez d'autres, en les faisant manger pendant l'opération ; je leur fais donner de préférence, comme nourriture, dans ce moment-là, des os de volailles, dont elles sont très-friandes, et qui doivent améliorer leur lait. Chaque fois qu'on voudra obtenir du lait d'une chienne, il faudra avoir soin de lui laisser un petit; sans cela, la source lactifère sera promptement tarie.

Les chiennes bonnes nourrices doivent donner environ les trois quarts d'un bol ordinaire de lait par jour, en deux fois. Ce lait est très-épais, il n'a pas mauvais goût, on le boit au sortir de la mamelle ; on peut boire, immédiatement après, un bol de lait de vache chaud, pour enlever tout reste de répugnance; pour les enfants, cela s'appelle du lait de chèvre; ils le prennent fort bien. (*Bordeaux médical*, 24 octobre 1875, p. 341.)

Du traitement des écoulements de l'urèthre par les irrigations. — Dans les traitements de l'uréthrite au moyen des injections, dit M. le docteur Mondot, de Montpellier, il est évident qu'on se propose de modifier seulement la partie malade du canal.

Avec les procédés d'injections ordinaires, on n'est pas maître de la distance à laquelle le liquide injecté pénètre.

La pénétration exagérée de l'injection n'est pas sans danger ; de plus, on maintient l'injection dans le canal en fermant le méat entre deux doigts et, par cet accolement de la partie supérieure du canal, on prive du bénéfice de l'injection la partie qui en a le plus besoin.

Pour remédier à ces inconvénients et en même temps pour faire des irrigations de longue durée, chose impossible avec les seringues à injections, j'emploie depuis six ans le procédé suivant :

Une série de canules en ivoire ou en os à jet récurrent, construites sur le modèle de la seringue de Langlebert, de longueurs variables

suivant l'étendue du mal et placées à l'extrémité du tube d'un irrigateur quelconque, me servent à faire dans le canal des irrigations.

Les liquides quo j'emploie varient depuis l'eau pure jusqu'à l'eau chargée de caustique.

Je n'ajoute pas à la suite de la description de mon procédé une série d'observations ; il y a six ans que je l'emploie avec succès, lorsque je sais approprier à la lésion do l'urèthro le liquide modificateur qui lui convient.

Je ne veux indiquer qu'un procédé nouveau et non pas *une injection infaillible*. (*Annales de dermatologie*, t. VII, p 198).

Sur un cas de tétanos guéri par le chloral. — M. le docteur Bleynie a observé un homme âgé d'une cinquantaine d'années qui reçut un coup de hache au doigt indicateur de la main droite. Douze jours après l'accident, cet homme qui s'expose longuement au froid humide est pris de trismus.

Je le vois, dit M. Bleynie, le 28 janvier 1875. Depuis quatre jours le trismus empêche la préhension des aliments solides, mais le malade a pu boire. La région postérieure du cou et la région dorsale sont contracturées ; le malade ne peut se soulever ni se tourner lui-même dans son lit ; il parle sans desserrer les dents, et peut très-difficilement avaler les liquides qu'on lui insinue dans la bouche.

La plaie du doigt est rosée, suppure peu, et n'offre aucun signe d'inflammation périphérique ; elle est du reste indolore ; pas de fièvre.

Je mets dans un demi-verre d'eau sucrée froide 3 grammes de chloral. Le premier tiers de ce demi-verre est avalé très-difficilement ; le second passe mieux dix minutes après ; et, après dix nouvelles minutes, le malade s'assied sur son séant, prend le verre et avale le dernier tiers sans aucune difficulté.

La même dose de 3 grammes est donnée de la même façon, toutes les trois heures, jusqu'au lendemain. Le malade dort d'un profond sommeil après l'administration du chloral. Quand il se réveille il constate la liberté presque complète de ses mouvements ; cependant, quelques instants avant l'heure de la prise du remède, il sent la roideur reparaître.

Le 30, la dose du chloral est abaissée à 2 grammes toutes les trois heures.

Le 31, le malade, n'ayant pris qu'une dose de chloral pendant la nuit, est repris d'un trismus assez intense et de pleurosthotonos. La contracture se manifeste principalement aux muscles de la paroi gauche de l'abdomen, et atteint le diaphragme, ce qui rend la respiration très-pénible. Nouvelle dose de 3 grammes de chloral, qui suffit pour faire disparaître ces symptômes, avec prescription de ne donner une nouvelle dose de 3 grammes qu'au moment de la réapparition de la contracture. Le malade ne peut rester que six heures sans chloral; et cette dose de 3 grammes est donnée quatre fois jusqu'au lendemain.

Le 1er février, le malade me paraissant un peu cyanosé et dans un état presque permanent de sommeil, je réduis la dose de chloral à 1g,50 toutes les six heures, en recommandant toutefois de la doubler si des symptômes tétaniques se manifestaient.

Pendant les trois jours suivants, cette dose est continuée toutes les six heures ; puis, le 5 février, toutes les douze heures ; et enfin, pendant les derniers jours du traitement, alors que le malade ne présentait que quelques secousses, sans contracture permanente, toutes les vingt-quatre heures seulement.

Le 11 janvier, le malade ne présentait plus aucun symptôme tétanique, la plaie était cicatrisée, et aujourd'hui, 13 mars, la guérison ne s'est pas démentie. (*Journal de médecine de la Haute-Vienne*, mars 1876, p. 52.)

De la substitution de la viande crue de cheval à celle du bœuf. — M. Decroix, vétérinaire principal, après avoir constaté la progression croissante des cas de *tœnia inermis*, résultant de l'usage de plus en plus répandu de la viande crue de bœuf, propose de lui subtituer la viande crue de cheval. Voici les raisons que M. Decroix fait valoir à l'appui de son opinion :

« A mon avis, il n'est pas possible que tous les morceaux de viande de boucherie soient assez bien inspectés pour qu'aucun germe

de tænia n'échappe à l'examen le plus consciencieux, et j'ajoute que, dans la pratique, beaucoup d'animaux qui portent de ces germes sont livrés à l'alimentation, par la force des choses, sans qu'il y ait de la faute de personne ; il faut donc en prendre son parti et chercher à se soustraire au danger.

« Il faudrait d'abord abandonner l'habitude de manger des viandes saignantes ; les viandes rôties sont ordinairement bien cuites, *brûlées* même à l'extérieur, tandis que l'intérieur, dans bien des cas, est encore *cru*. D'autre part, lorsqu'il y a lieu, pour les médecins, de prescrire l'usage de la viande crue, il faut choisir de préférence *la viande de cheval*, qui est *plus saine* et *plus nourrissante* que celle de bœuf, de mouton et de porc. Le cheval, en effet, n'est pas sujet aux affections vermineuses qui produisent les germes des diverses espèces de tænia, dont le corps de l'homme est le réceptacle. Elle est d'une *digestion plus facile* que celle de nos autres animaux de boucherie, engraissés prématurément et à outrance. Elle convient surtout aux personnes faibles, anémiques, chlorotiques, et aux travailleurs qui font de grands efforts musculaires. Ces qualités expliquent les progrès constants de l'usage de cet aliment, progrès qui ressortent des chiffres suivants :

« Pendant le 1er trimestre 1875, le nombre des animaux livrés à la boucherie, à Paris, a été de 1 821 ; en 1876, il a été de 2 370. Augmentation, 549.

« Rappelons, à cette occasion, qu'une somme de 1 000 francs est destinée à encourager l'industriel qui ouvrira la première boucherie chevaline à Londres. (*Abeille médicale*, 1876.)

Sur la déchirure de l'orifice du vagin pendant l'accouchement. — Dans une étude fort intéressante, le docteur J. Matthews Duncan (d'Edimbourg), montre quelles sont les conditions anatomiques et mécaniques qui font que, chez la primipare, il existe toujours, si minime qu'elle soit, une déchirure de l'orifice vaginal au moment de l'expulsion du fœtus. Ce qui est important, c'est d'empêcher cette déchirure de s'étendre au périnée. Parmi les éléments qui entrent en jeu dans la production de ces lésions, il en est deux, le *temps* et la *direction*, que l'accoucheur peut surveiller et modifier. En soutenant le périnée, d'une part on peut repousser la tête en haut, vers la symphyse pubienne, et de la sorte elle s'appliquera moins fortement sur le centre du périnée qui aura ainsi moins de tendance à se rompre ; d'autre part on empêchera la tête de sortir trop vite et on laissera ainsi à la vulve le temps de se dilater progressivement. Nous ajouterons que quelques médecins, à Paris, emploient dans le même but une autre méthode plus efficace peut-être : si on est placé à la droite de la femme, on peut appliquer sur la tête du fœtus deux ou trois doigts de la main gauche ; on maintient ainsi fortement et à volonté le crâne, et on ne le laisse sortir qu'au moment où l'orifice vulvaire s'est distendu d'une façon suffisante. (*Edinburgh Medical Journal*, mars 1876.)

Du traitement des hydropisies et en particulier de l'ascite par le jonc de marais. — Le docteur Marcaithon d'Aymerie, de Blidah (Algérie), emploie dans l'ascite, qu'elle soit due d'ailleurs à une maladie du cœur ou à l'albuminurie, le jonc de marais (*juncus acutus*) en infusion à la dose de vingt tiges (partie blanche et partie verte). M. le docteur Marcaithon pense qu'il existe dans cette plante un principe actif que l'on n'a pas encore cherché et qui doit avoir une action spéciale sur les reins. (*Alger médical*, 1er avril 1876, p. 1.)

On doit rapprocher de ce fait l'action diurétique que posséderait d'après Cazin le jonc fleuri (*butomus umbellatus*) dont la décoction de feuilles (30 grammes pour 1 kilogramme d'eau) aurait, chez un malade atteint de cachexie palustre, dissipé l'infiltration séreuse en provoquant une sécrétion notable des urines.

Du traitement des rétrécissements du larynx. — Le docteur Schrotter emploie contre les rétrécissements du larynx la dilatation mécanique ; elle peut être faite de deux façons, soit de haut en bas par la bouche, soit de bas en haut en faisant pénétrer un dilatateur par l'ouverture trachéale. Bien que

plusieurs médecins aient employé cette voie, l'auteur préfère la première ; outre qu'elle est moins pénible pour le malade, elle donne moins de mécomptes, par ce fait que le plus souvent le canal formé par les sténoses laryngiennes est plus étroit en bas qu'en haut. L'introduction du cathéter par le nez, qui a également été proposée, n'offre aucun avantage : il est très-incommode pour l'opéré et pour le chirurgien.

Avant tout, on doit préparer le malade au contact des instruments; on habitue l'épiglotte à être touchée et relevée à l'aide d'une sonde de gomme élastique, pendant une période préparatoire qui dure de trois à huit jours, et qui peut être abrégée dans les cas pressants par l'insensibilisation localisée. Cette méthode consiste à toucher le larynx, la veille de l'opération, avec un pinceau imbibé de chloroforme, puis avec une solution concentrée de morphine. Lorsque le larynx est devenu moins sensible, on commence à introduire dans la sténose une sonde de grosseur suffisante. Pour cette opération, il est préférable de faire asseoir le malade, et il faut avoir soin d'ôter la canule qui mettrait obstacle à l'introduction de la sonde. Au bout de quelques jours, on peut laisser l'instrument aussi longtemps que le permet la perméabilité de la plaie trachéale, c'est-à-dire de cinq à trente minutes, après quoi on doit replacer la canule.

Dès que le patient est accoutumé à ces manœuvres, les plus grandes difficultés sont vaincues, et on peut s'occuper de la dilatation proprement dite; les bougies de caoutchouc sont alors remplacées par des sondes d'étain. Celles-ci ont, comme la glotte, une forme triangulaire à angles arrondis ; leur hauteur est de 4 centimètres, et leurs dimensions sont, d'avant en arrière, de 8 millimètres pour la plus petite, et de 20 millimètres pour la plus grosse ; de droite à gauche, elles ont de 6 à 16 millimètres, le tout formant une série de vingt-quatre sondes de grosseur croissant d'environ un demi-millimètre. Chacune d'elles est traversée par une tige de laiton terminée en bas par un bouton qui sert à la maintenir, et en haut par un trou destiné à recevoir un fil qui permet leur enlèvement. On se sert, pour les introduire dans le larynx, d'un mandrin recourbé qui s'adapte à la sonde et fait momentanément corps avec elle de telle façon qu'elle ne subisse aucun mouvement de rotation pendant son application. Une fois la sonde en place, elle est maintenue dans une position fixe, soit par une petite pince, soit mieux encore par une disposition particulière de la canule. Ce manuel opératoire est fort simple et assez facile pour que les malades aient pu, dans certains cas, assujettir eux-mêmes leur sonde. Le fil d'extraction est conduit hors de la bouche et attaché derrière l'oreille ou à la canule ; il n'empêche ni la déglutition, ni la mastication. On peut alors laisser la sonde nuit et jour pendant un certain nombre d'heures, jusqu'à ce qu'il soit nécessaire de l'enlever pour la nettoyer, ou pour la remplacer par une sonde plus grosse.

L'opération cause en général peu de douleurs ; cependant, si on débute par des sondes trop volumineuses et si on les introduit trop brusquement, les malades accusent des douleurs qui semblent constamment s'irradier vers les régions temporales. L'enlèvement de la sonde se fait très-aisément à l'aide du fil. (Vienne, Graumuller, 1876, et *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mai 1873, p. 112.)

Une nouvelle opération pour l'oblitération des cicatrices déprimées consécutives aux abcès ganglionnaires, ou à l'exfoliation osseuse. — Cette opération se fait, d'après le docteur William Adams, en plusieurs temps :

1° Division sous-cutanée de toutes les adhérences profondes de la cicatrice à l'aide d'un ténotome introduit un peu en dehors du bord de la cicatrice, et dirigé vers sa base ; 2° on attire avec soin et complétement la cicatrice déprimée, jusqu'à ce qu'elle dépasse le niveau des parties voisines, qu'elle soit saillante; 3° on passe à travers sa base deux épingles à bec-de-lièvre ou des aiguilles assez fines, à angle droit l'une par rapport à l'autre, de façon à maintenir la cicatrice attirée et saillante pendant trois jours; 4° on enlève les épingles le troisième jour et on laisse le tissu ci-

catriciel, maintenu un peu tuméfié, imbibé de lymphe, infiltré, revenir peu à peu au niveau des parties voisines.

Ce procédé fut employé avec succès dans trois cas, pour des cicatrices déprimées: 1° de la joue, à la suite d'une plaie de l'os malaire par arme à feu; 2° du cou, à la suite d'abcès ganglionnaire; 3° du cou, à la suite d'une nécrose de la mâchoire inférieure; on en obtint de bons résultats. (*British Med. Journal*, 29 avril 1876, p. 534.)

Sur la pleurotomie. — M. le docteur Peyrot dans sa thèse étudie plus particulièrement la pratique de son maître, M. Moutard-Martin; il indique les indications et les contre-indications de cette opération, dont il trace ainsi le manuel opératoire :

Le point du thorax dans lequel on veut opérer étant déterminé, on s'assure dans tous les cas, par une ponction aspiratrice, que l'on rencontrera bien un épanchement. On reconnaît, par le palper, les deux côtes qui limitent l'espace intercostal au niveau duquel on se trouve. Sur le milieu de la côte inférieure, employée en quelque sorte en guise de table, on coupe toutes les parties molles dans l'étendue de 7 à 8 centimètres. La lèvre supérieure de cette incision est relevée; le muscle intercostal externe se trouve découvert; alors la pointe du bistouri est introduite sur le bord supérieur de la côte inférieure, dirigée par la pulpe de l'index gauche qui sent et presse ce bord. On pratique ainsi une petite ouverture par laquelle se fait jour aussitôt la matière épanchée. A partir de ce moment, on fera bien de remplacer le bistouri pointu par un bistouri boutonné, lequel sera d'abord porté en arrière dans une étendue de 2 à 3 centimètres environ. Dans ce mouvement on rasera toujours le bord supérieur de la côte, comme on rase avec un couteau une branche d'arbre que l'on veut dépouiller de son écorce. Le bistouri sera alors retourné, ramené le tranchant en avant au niveau du point où a été pratiquée la ponction, et l'on complètera l'ouverture en taillant les muscles intercostaux et la plèvre d'arrière en avant, dans la même étendue qu'on l'a fait déjà d'avant en arrière. Dans ce dernier temps, il sera toujours bon d'explorer la voie que va suivre le tranchant, avec le doigt introduit dans la cavité pleurale. Cette simple précaution n'est pas toujours nécessaire, mais elle met si bien à l'abri de tout accident, qu'on ne doit jamais négliger de l'employer.

En opérant de la sorte, il est impossible, je crois, de jamais blesser ni le diaphragme, ni le cœur, ni l'artère intercostale. L'incision de la peau sera plus étendue dans tous les sens que l'incision faite à la plèvre. La plaie superficielle et la plaie profonde ne seront pas tout à fait parallèles : mais les surfaces obliques seront précisément disposées de façon à favoriser l'écoulement des liquides contenus dans le thorax et à prévenir leur infiltration dans le tissu cellulaire des parois.

On fera presque toujours la pleurotomie dans le huitième espace intercostal, vers la partie moyenne des côtes, au niveau de la ligne axillaire, ou un peu en arrière de cette ligne. En ce point, l'espace intercostal est facile à atteindre, et les pansements commodes à installer. C'est généralement le point que choisissent les opérateurs. Souvent pourtant j'ai vu prendre le neuvième espace, ou même le dixième, mais celui-ci est vraiment trop bas. Dans ces derniers espaces il est extrêmement facile de léser le diaphragme si l'on opère sans redoubler de précautions. (*Thèse de Paris*, 13 avril 1876, n° 11.)

De la délivrance dans l'avortement. — Il y a quelques années, M. Guéniot donnait ici (voir *Bull. gén. de thérap.*, 1867) le conseil d'intervenir à la suite de l'avortement, si le placenta, au bout d'un certain nombre d'heures qu'il fixait pour les différents cas, n'était pas expulsé spontanément. MM. Pajot, Tarnier, Charpentier, etc., ont protesté avec vigueur et avec raison contre les conclusions de M. Guéniot, et ont montré qu'en agissant ainsi, le médecin s'exposait à faire éclater de graves accidents. M. Casterra, ayant repris la même question, est arrivé aux conclusions suivantes : 1° *Il faut savoir* ATTENDRE; 2° ne se laisser déterminer que par des indications précises et formelles; ces indications seront les accidents

eux-mêmes ; ainsi, *pas d'accidents, pas d'action* ; explosion des accidents, intervention ; 3° ces accidents peuvent être de trois ordres : *a.* hémorrhagies sans infection putride. On pratiquera le tamponnement et dans certaines conditions on pourra y joindre le seigle ergoté ; *b.* infection putride sans hémorrhagie. On fera la dilatation du col, l'extraction du délivre par les instruments dans les premiers mois, à l'aide de la main quand la grossesse sera assez avancée pour que cela soit possible. Injections intra-utérines ; *c.* infection putride et hémorrhagie. Tamponnement et dilatation simultanée du col, et extraction du délivre comme dans le cas précédent. (*Thèses de Paris*, 1876.)

Sur l'emploi des eaux minérales pendant la grossesse. — Ce sujet aurait pu donner lieu à un travail plus intéressant s'il avait été traité un peu moins rapidement par le docteur G. Nicolas. Deux points sont étudiés dans sa thèse : A. l'emploi des eaux minérales ; B. l'emploi de l'hydrothérapie.

A. Non-seulement on ne doit pas interdire, mais parfois même on doit conseiller l'usage des eaux minérales pendant la grossesse, et contre des maladies existant avant l'imprégnation (lithiase biliaire, lithiase rénale, diabète, syphilis) et contre des maladies dues à la gestation elle-même, par exemple : la chloro-anémie et l'albuminurie (eaux minérales ferrugineuses), les troubles de la digestion (eaux bicarbonatées sodiques qui contiennent du fer), la constipation opiniâtre, etc.

B. La grossesse n'est pas une contre-indication à l'emploi de l'hydrothérapie, pourvu que l'on prenne certaines précautions : il faut éviter les piscines chaudes et les douches à jet trop fort ; les douches froides ont même donné d'excellents résultats dans des cas de chloro-anémie rebelles, d'accidents névropathiques (délire de persécution) et de vomissements continus. (*Thèses de Paris*, 1876.)

De la paraplégie curable dans le mal de Pott. — M. le docteur Louis Ricard a étudié dans la service de M. Lasègue les conditions que présentent les sujets atteints de mal de Pott, et qui guérissent de la paraplégie dont ils ont été frappés. Ces conditions peuvent se résumer ainsi :

1° Les paraplégies consécutives au mal de Pott et terminées par la guérison se développent lentement, et sont accompagnées de contracture ;

2° Pendant la durée de la paraplégie la sensibilité n'est pas abolie dans toutes ses formes ;

3° Les membres inférieurs ne présentent pas d'amaigrissement ;

4° L'irritabilité musculaire et l'excitabilité réflexe sont toujours conservées ;

5° Il n'y a pas relâchement des sphincters ;

6° Enfin on ne constate pas la présence d'eschares et d'abcès par congestion dans les paraplégies, suite de mal vertébral, qui se terminent par la guérison.

Comme traitement, M. Ricard conseille surtout l'emploi des cautérisations au fer rouge. (*Thèse de Paris*, 13 avril 1876, p. 119.)

De l'ablation du calcanéum en général et spécialement de l'ablation sous-périostée de cet os. — Inspiré par le docteur Ollier, le travail du docteur Vincent est une thèse volumineuse, et un traité presque complet de régénération des os courts en général et du calcanéum en particulier. Très-soigneusement travaillée, elle est divisée en plusieurs chapitres distincts, dont les principaux ont trait à la régénération des os, à l'étude des observations d'extirpation sous-périostée du calcanéum, à la critique des résections de cet os. Le manuel opératoire, le traitement consécutif, les indications et contre-indications de l'opération forment autant de chapitres distincts dans lesquels tous les faits connus sont relatés.

L'auteur arrive, en terminant, aux conclusions suivantes : les faits cliniques démontrant la régénération du calcanéum, après son extirpation suivant la méthode sous-périostée, sont nombreux ; dix-neuf sont actuellement connus et publiés et cette méthode a seule donné une régénération évidente.

L'extirpation du calcanéum, envisagée en général, est une opération bonne, surtout dans les premières périodes de la vie, l'enfance

et l'adolescence. La gravité, qui est moindre que toutes les opérations qu'on pourrait lui substituer, augmente avec l'âge.

La méthode sous-périostée donne de plus beaux résultats que la résection totale, au point de vue de la forme et du fonctionnement du pied. D'après les statistiques, elle donnerait plus de cas de mort que la méthode ancienne ; mais cette mortalité est cependant moindre que pour les meilleures séries d'amputations de la jambe ou de désarticulation par le procédé de Syme.

Il faut la rejeter à partir de vingt-cinq ans.

Les indications sont : les traumatismes, la carie, la nécrose, surtout quand les articulations voisines sont menacées d'envahissement. Cependant il faut attendre l'essai des autres traitements ordinaires qu'on oppose à cette affection.

« En résumé, dit Ollier, c'est l'extension de l'ostéite à la totalité du calcanéum et son incurabilité par les moyens simples qui légitiment l'extirpation totale du calcanéum. » (*Thèse de Paris*, 1876.)

Contributions à l'étude des arthropathies syphilitiques. — Depuis quelques années, l'attention des médecins est attirée sur les manifestations syphilitiques des membranes séreuses articulaires et surtout tendineuses. Ces affections, rebelles aux modes de traitement rodinaires, peuvent disparaître rapidement sous l'influence du traitement antisyphilitique. Cette simple considération fait voir quel avantage les médecins peuvent retirer de la connaissance exacte de ces manifestations.

M. le docteur Voisin conclut par cette première proposition que les arthropathies syphilitiques existent aux différentes périodes de la vérole.

Au début, c'est-à-dire dans la première période, alors que les accidents du côté de la peau et des muqueuses ne sont pas encore évidents, la vérole peut se manifester par des douleurs vagues siégeant dans les articulations et ne s'accompagnant d'aucune lésion extérieure appréciable. Ces douleurs sont générales, multiples, et ont reçu le nom d'*arthralgie*.

Pendant la deuxième période, et au début de cette période, les mêmes douleurs arthralgiques peuvent se présenter, mais on peut constater également de véritables phénomènes inflammatoires du côté des articulations. Multiples et générales, ces dernières arthropathies revêtent la forme d'un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, localisées dans une ou deux articulations ; elles ressemblent à une arthrite subaiguë ou à une hydarthrose simple.

Dans la troisième période, les arthropathies sont essentiellement chroniques et présentent les caractères ordinaires des tumeurs blanches.

Toutes ces variétés de manifestations articulaires, traitées en temps opportun, disparaissent sous l'influence d'un traitement spécifique. (*Thèse de Paris*, 1875.)

De la verruga et de son traitement. — La verruga est une maladie fort curieuse que l'on observe dans les Andes péruviennes, le long du chemin de fer de la Oroya, et en particulier à Aqua de Verrugas. — M. le docteur Bourse, qui vient de l'observer, en donne une description complète. Cette maladie est caractérisée par une éruption de verrues qui peuvent s'ulcérer. Cette éruption est précédée de douleurs ostéocopes très-vives. La mortalité peut aller chez les blancs dans cette maladie à 40 pour 100. Comme traitement, on emploie la décoction de maïs, les bains renouvelés fréquemment, les toniques et l'extirpation des tumeurs faite au moyen de l'écraseur. (*Archives de médecine navale*, mai 1876, p. 353.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Remarques sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre et de la blennorrhée. Otis. *The Lancet*, 3 et 10 juin 1876, p. 808 et 845.
Compression intestinale suivie d'obstruction par une tumeur purulente du petit bassin, incision exploratrice, ouverture accidentelle de l'abcès, guérison. *The Lancet*, 10 juin 1876, p. 848.
Résultat d'une ancienne résection du genou. Pseudarthrose utile. Barwell. *The Lancet, id.*, p. 851.
Propriétés antidotiques de la daturine dans l'empoisonnement par les champignons. Schiff. *Imparziale*, 3 juin 1876, p. 321.
Notes sur l'emploi de l'opium et de ses alcaloïdes, la morphine dans le traitement de certaines formes d'aliénation mentale. Breward Neal. *The Practitioner*, juin 1876, p. 454.
Traitement du goître (Observations et réflexions sur le). Ambrosi Gherini. *Gazetta Medica Italiana Lombardia*, 10 juin 1876, p. 231.
Electrolyse (Traitement de diverses tumeurs par l'). John Duncau. *Brit. Med. Journ.*, 10 juin 1876, p. 715.

VARIÉTÉS

Concours. — Les concours des médecins et des chirurgiens du Bureau central viennent de se terminer. Ont été nommés médecins MM. Dieulafoy et Straus; chirurgiens, MM. Terrillon et Marchand.

Presse médicale. — Un nouveau journal de médecine vient de paraître, c'est la *Revue de littérature médicale*, publiée par le docteur F. Bremond. Ce journal paraît le 1er et le 15 de chaque mois.

Faculté de médecine de Paris. — Le concours pour deux places de chef de clinique médicale et une place de chef de clinique d'accouchements s'ouvrira au mois de juillet. S'inscrire du 15 juin au 10 juillet.

Nécrologie. — Le docteur Pétrequin vient de mourir à Lyon. — Le docteur Antoine Viry, à Rambouillet. — Le docteur Villers, à Paris. — Le docteur Villette de Terze.

L'administrateur gérant : DOIN.

TABLE DES MATIÈRES

DU QUATRE-VINGT-DIXIÈME VOLUME

D

E

F

Q

R

S

PARIS. — TYPOGRAPHIE A. HENNUYER, RUE D'ARCET, 7.